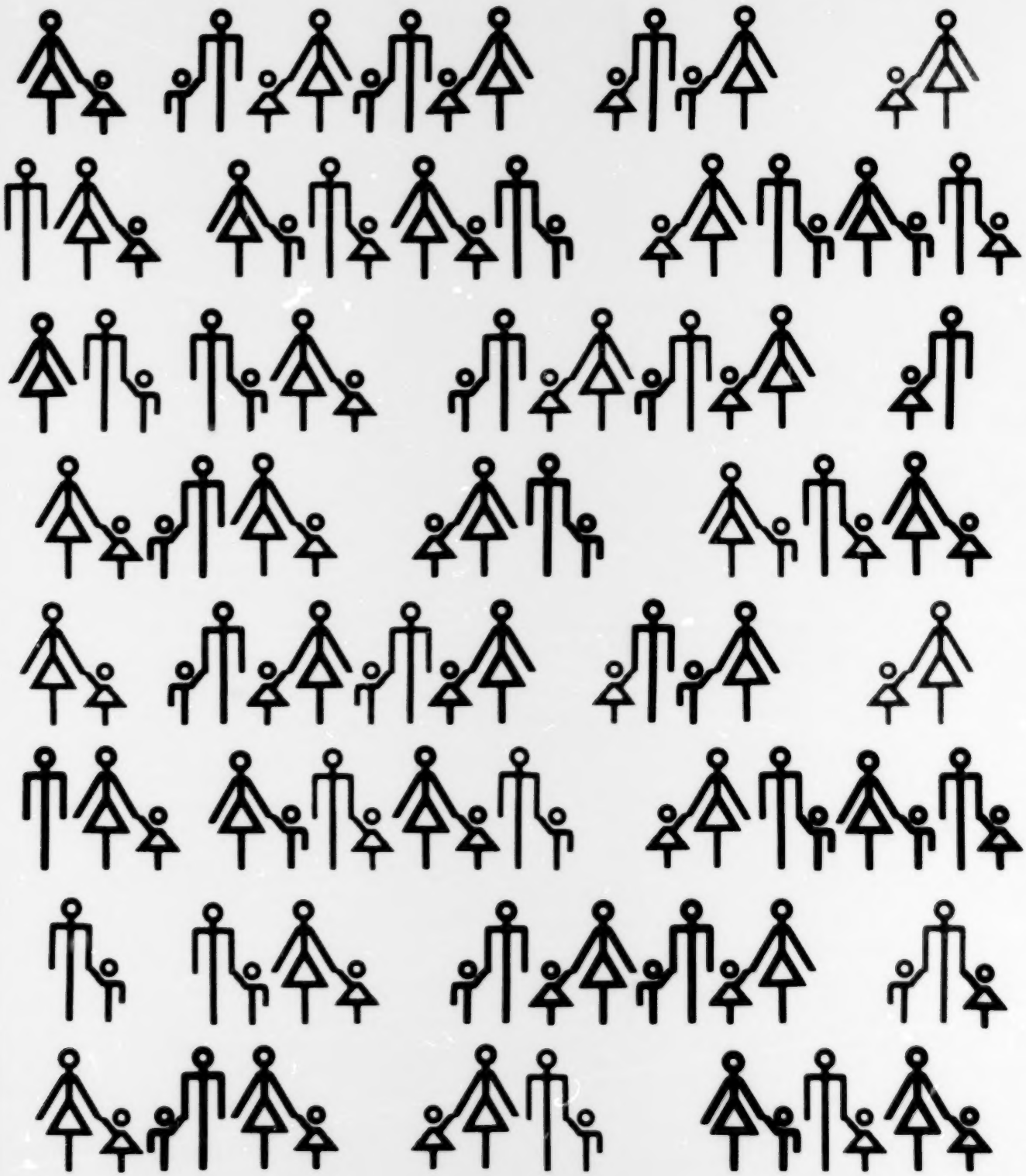
Étude sur la santé des enfants de l'Ontario : Les enfants à risque



90-05342/

Les enfants à risque

Table des matières

Résumé i

Introduction 1

Étude sur la santé des enfants de l'Ontario 2

Aperçu du rapport 2

Facteurs de risque et problèmes 3

Prévalence 3

La relation entre les facteurs de risque et les problèmes 8

La force d'association entre les facteurs de risque et les problèmes pour les faibles revenus et le dysfonctionnement familial 13

Risque attribuable et degré de prévention 17

Aperçu et conséquences des principaux programmes 20

Orientations futures 22

Glossaire 23

Annexe 1 - Liste des publications ayant servi à l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario 28

©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1989
1M/11/89
ISBN 0-7729-6289-8

Les enfants à risque

La présente brochure présente les résultats de l'étude sur la santé des enfants de l'Ontario effectuée par le service d'épidémiologie infantile du Département de psychiatrie de l'Université McMaster et le Centre de santé infantile et familiale des Hôpitaux Chedoke-McMaster, en collaboration avec la Division des enquêtes spéciales de Statistique Canada. Le service d'épidémiologie infantile a bénéficié de subventions provenant de fonds des loteries provinciales versés au ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario pour effectuer l'enquête sur la santé des enfants. Les fonds supplémentaires nécessaires pour en faire l'analyse ont été fournis par le ministère. Un soutien financier a également été fourni pour les études subsidiaires par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé.

Il s'agit de la deuxième publication qui présente certains résultats de l'*Étude sur la santé des enfants de l'Ontario. Il est possible de se procurer des exemplaires de la présente brochure et de l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario : Résumé des premiers résultats* (1986) ainsi qu'une liste des autres ouvrages connexes du ministère ou du service d'épidémiologie infantile. L'annexe I comprend la liste des publications tirées de cette étude. Les lecteurs qui désirent de plus amples renseignements sur la méthodologie utilisée ou sur les résultats des études sont priés d'écrire au :

Docteur D. Offord
Service d'épidémiologie infantile
Division Chedoke
Hôpitaux Chedoke-McMaster
C.P. 2000, Succursale A
Hamilton (Ontario)
L8N 3Z5

Les auteurs remercient les personnes suivantes du ministère pour leur aide concernant différents aspects de la présente brochure : Paul Lam, Peter Murchison, Roma Scott, Terry Sullivan, Marc Topham, Georgina White et Sydney Woollcombe. Les auteurs apprécient les révisions des textes préliminaires du manuscrit faites par le ministère et les organismes externes. De plus, nous remercions Andria Hourwich pour ses précieuses révisions, Richard King pour avoir tracé les graphiques et Diane Klepey et Peggy McAlpine pour leur travail méticuleux à la dactylographie de nombreux documents préliminaires et de la version finale de la brochure. En dernier lieu, les auteurs sont très reconnaissants envers le ministère pour l'aide qu'il a apportée non seulement au service d'épidémiologie infantile et à l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario, mais aussi aux efforts pour disséminer les résultats de l'étude dont la présente brochure est un exemple.

Dan Offord
Mike Boyle
Yvonne Racine
Hamilton (Ontario)
Juillet 1989

Résumé

L'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario (ESEO) a été effectuée en 1983. Il s'agissait d'une enquête menée à l'échelle provinciale sur la santé mentale et physique d'un échantillon aléatoire de plus de 3 000 enfants âgés de 4 à 16 ans. La conception de l'enquête, les questionnaires utilisés, les méthodes qui ont servi à mesurer les troubles psychiatriques et les premiers résultats sont décrits dans la première brochure de la présente série, *Étude sur la santé des enfants de l'Ontario : Résumé des premiers résultats*.

Le présent résumé met en lumière les principales conclusions de la deuxième brochure, *Les enfants à risque*, basée sur l'ESEO. La brochure explique les analyses de données utilisées et présente les résultats en détail et leurs conséquences. On y retrouve également un glossaire des définitions des différents termes techniques. L'annexe I contient une liste des publications tirées de l'ESEO au 31 mai 1989.

À qui s'adresse la présente brochure?

La brochure s'adresse aux travailleurs qui oeuvrent dans différents milieux comme la santé, les services sociaux, l'éducation, les loisirs et le logement et qui cherchent à améliorer la qualité de vie des enfants.

Contenu

La brochure traite de trois problèmes retrouvés dans les groupes d'enfants à risque : (1) les troubles psychiatriques; (2) le besoin d'aide professionnelle perçu pour les problèmes de comportement ou les troubles émotifs; et (3) le mauvais rendement scolaire. On étudie dans quelle mesure trois facteurs de risque peuvent identifier des groupes d'enfants où l'on retrouve généralement ces trois problèmes. Les facteurs de risque sont : (1) les familles touchant des prestations d'aide sociale; (2) les familles monoparentales; et (3) les familles vivant dans des logements subventionnés. Ces facteurs ont été choisis parce que les données nécessaires pour leur identification sont, ou peuvent être, recueillies de façon courante. Des programmes de prévention et d'intervention peuvent être mis en oeuvre dans la collectivité pour les enfants qui habitent des logements subventionnés ou dans le cas des enfants dont la famille touche des prestations d'aide sociale, par les programmes reliés aux services fournis à leurs parents. Le facteur "famille monoparentale" a été inclus en raison du nombre croissant de ce type de famille. Ainsi, les populations identifiées par ces facteurs de risque sont prises en considération lors de l'élaboration de politiques, la pratique clinique et dans les régions touchées par les programmes de prévention.

Les résultats sont présentés en quatre parties :

(1) la fréquence et le chevauchement des facteurs de risque et des problèmes;

(2) la force de l'association entre les facteurs de risque et les problèmes, et la mesure dans laquelle ils varient en fonction du sexe, de l'âge et de la résidence en communauté urbaine ou rurale de l'enfant;

(3) la mesure dans laquelle le dysfonctionnement familial et le faible revenu expliquent, ou justifient, la relation entre un facteur de risque et un problème;

(4) les questions de risque attribuable, c'est-à-dire la mesure dans laquelle un problème peut être attribué à un facteur de risque individuel et le degré de prévention, c'est-à-dire la mesure dans laquelle un problème pourrait être évité si la personne était exposée à un facteur protecteur individuel.

Quelle est la valeur de ces renseignements?

Il est important d'être capable d'identifier des groupes d'enfants qui risquent de faire face à certains problèmes ou qui semblent avoir besoin de services, pour plusieurs raisons :

- peu de services de traitement et de diagnostic, proportionnels à leurs problèmes ou à leurs besoins perçus, sont mis à leur disposition;

- on peut concentrer ces recherches pour découvrir pourquoi un groupe d'enfants en particulier est à risque élevé;

- si l'on connaît les mécanismes ou les causes qui rendent les enfants à risque, il sera possible d'établir des programmes de prévention rationnels destinés à réduire l'incidence de troubles ou d'autres problèmes dans les groupes d'enfants.

Les résultats et leurs conséquences

(1) À quelle fréquence les facteurs de risque et les problèmes se produisent-ils? Y a-t-il des enfants qui sont exposés à plus d'un facteur de risque ou qui souffrent de plus d'un problème?

La famille monoparentale est le facteur de risque le plus courant (10,7 %), suivi de l'aide sociale (6,3 %) et des logements subventionnés (4,2 %). Ces trois facteurs sont plus répandus en milieu urbain qu'en milieu rural. L'aide sociale est 1,7 fois plus fréquente; les familles monoparentales sont deux fois plus fréquentes, et presque tous les logements subventionnés se retrouvent en milieu urbain.

Les facteurs de risque sont fortement reliés entre eux. Par exemple, le taux d'aide sociale dans les familles monoparentales est de 41,1 %, en regard d'un taux de 2,2 % dans le cas des familles biparentales. De la même façon, 50,0 % des enfants habitant dans des logements subventionnés proviennent de familles qui reçoivent de l'aide sociale. Il est évident que les enfants qui sont défavorisés dans leur milieu pour une question socio-démographique donnée courent de grands risques d'être défavorisés pour une autre.

La fréquence des problèmes varie considérablement selon l'âge et le sexe. Le taux le plus élevé de troubles psychiatriques se retrouve chez les adolescents mais ceux-ci semblent avoir le moins besoin d'aide professionnelle pour les problèmes de comportement et les troubles émotifs. Cette contradiction flagrante entre le taux de troubles et le besoin d'aide perçu chez les adolescents mérite qu'on s'y attarde.

Il faudrait souligner que différentes définitions de troubles psychiatriques donneront différents taux de prévalence. Par exemple, si la définition d'un trouble exigeait de dépasser le seuil de pointage de deux répondants (par exemple, parent et professeur, ou parent et jeune), plutôt que d'un (par exemple, parent ou professeur, ou parent ou jeune), la prévalence de troubles psychiatriques passerait de 15 % à 3 % pour les enfants de 6 à 16 ans. De plus, différentes exigences sur la persistance des troubles modifieraient également les taux de prévalence. Il est nécessaire de pousser les recherches pour connaître quelle définition de trouble est la plus appropriée à différentes fins comme la planification des services cliniques ou l'élaboration de projets de prévention de base.

Comme les facteurs de risque, les problèmes sont étroitement reliés entre eux. Par exemple, 23,7 % des enfants ayant des troubles psychiatriques ont également de mauvaises notes à l'école; le taux de mauvais résultats scolaires parmi ceux qui n'ont pas de troubles psychiatriques est de 13,0 %. Ces données et d'autres résultats suggèrent que des services cliniques soient conçus pour les enfants qui ont plus d'un problème. Les ministères provinciaux traitant les problèmes reliés aux enfants doivent travailler ensemble pour établir des programmes d'intervention et de diagnostics coordonnés, étant donné que les problèmes des enfants touchent différents ministères.

(2) Quel est le lien entre les facteurs de risque et les problèmes, et comment leur distribution varie-t-elle dans différents segments de la population?

La force des facteurs de risque varie selon les problèmes et les différents groupes d'enfants. L'aide sociale est un facteur de risque plus prononcé pour les mauvais résultats scolaires chez les filles que chez les garçons. Le taux de mauvais résultats scolaires chez les filles dont la famille touche des prestations d'aide sociale est 3,9 fois plus élevé (31,4 %) que chez les autres (8,1 %); chez les garçons, le taux est 1,4 fois plus élevé (26,3 % contre 18,2 %). On ne sait pas pourquoi l'aide sociale est un facteur si prononcé de mauvais résultats scolaires pour les filles. Il est urgent d'étudier la question plus en profondeur pour que l'on puisse établir des programmes d'intervention.

Si on ne tient pas compte des autres variables pertinentes (par exemple, le revenu, le dysfonctionnement familial), la famille monoparentale est un facteur important de troubles psychiatriques chez les jeunes enfants. Un enfant sur quatre a des troubles psychiatriques comparativement à un enfant sur neuf dans les familles biparentales. Les programmes pour les parents, les programmes d'aide sociale et les autres interventions devraient être conçus pour aider les familles monoparentales à faire face aux problèmes de comportement et aux troubles émotifs de leurs jeunes enfants, particulièrement la façon de maîtriser leur agressivité.

Les enfants qui vivent dans des logements subventionnés sont grandement défavorisés. Par exemple, près d'un tiers des enfants ont des troubles psychiatriques et plus de 40 % des enfants plus âgés ont de mauvais résultats scolaires. Plus d'un tiers des jeunes enfants vivant dans des logements subventionnés semblent avoir besoin d'aide professionnelle pour des problèmes de comportement et des troubles émotifs. Il est urgent d'établir des programmes pour améliorer la qualité de vie de ce groupe considérable d'enfants. Puisque ces enfants vivent habituellement dans des régions biens définies, des programmes de prévention communautaires (par exemple, les programmes de loisirs intégrés aux autres types de programmes communautaires) devraient être établis et évalués de façon rigoureuse.

(3) Quelle est la force des relations entre les trois facteurs de risque et les problèmes lorsqu'on tient compte du faible revenu et du dysfonctionnement familial? Est-ce que la force de ces relations varie selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence en communauté urbaine ou rurale?

Il faut souligner que les résultats obtenus lors de ces analyses dépendent en grande partie des variables choisies pour inclusion. Ainsi, la force d'association entre la même variable et un problème peut être différente selon les variables choisies pour l'analyse.

Dans les cas de troubles psychiatriques, la force de relation entre l'aide sociale et les troubles est surtout justifiée par le faible revenu et le dysfonctionnement familial. De la même façon, l'association des deux autres facteurs de risque (familles monoparentales et logements subventionnés) avec les troubles psychologiques s'explique en grande partie par les répercussions d'un faible revenu et du dysfonctionnement familial. Des programmes de suppléments de revenu devraient être instaurés et leurs conséquences sur la santé mentale des enfants devraient être évaluées.

Pour ce qui concerne le besoin d'aide professionnelle perçu, le dysfonctionnement familial a des conséquences prévisibles indépendantes prononcées. Les logements subventionnés constituent un facteur de risque significatif pour ce problème chez les jeunes enfants seulement.

Dans le cas des mauvais résultats scolaires, le dysfonctionnement familial ne joue pas un rôle prévisible important. Cela va à l'encontre de son rôle central dans la prévision des troubles psychiatriques. Ainsi, ces deux importants types de problèmes reliés à l'enfance, un du domaine cognitif et l'autre du domaine du comportement et des troubles affectifs, semblent avoir des origines différentes. En améliorant le fonctionnement de la famille, on peut s'attendre à avoir des répercussions bénéfiques sur l'adaptation des enfants mais pas nécessairement sur leurs résultats scolaires.

D'autres données concernant les mauvais résultats scolaires indiquent que les enfants qui reçoivent de l'aide sociale dans des logements non subventionnés et les filles qui vivent dans des familles qui touchent de l'aide sociale sont plus susceptibles d'avoir de mauvais résultats à l'école même après avoir pris en considération le faible revenu et le dysfonctionnement familial. En général, il semble y avoir un besoin pressant d'intervention préventive précoce chez les enfants dont les familles reçoivent l'aide sociale.

(4) Quels sont les facteurs de protection?

Les facteurs de protection sont des variables qui réduisent la fréquence d'un problème en présence des facteurs de risque. Les données sur les facteurs de protection choisies, comme "s'entend bien avec les autres" et "bonne relation avec ses camarades" indiquent que les programmes de prévention devraient être conçus pour encourager le développement de ces aptitudes sociales protectrices. Par exemple, si le facteur "s'entend bien avec les autres" et les mécanismes par lesquels il réduit la fréquence des troubles psychiatriques pourraient être encouragés chez les enfants, on pourrait réduire considérablement ces troubles. Toutefois, il faut faire attention à l'interprétation de ce résultat puisque les données transversales actuelles ne permettent pas de savoir avec certitude si ce facteur de protection retarde l'arrivée de troubles psychiatriques et est relié à leur prévention. Néanmoins, les résultats suggèrent que des programmes d'intervention efficaces visant à améliorer les attitudes sociales pourraient réduire de façon significative les troubles psychiatriques et les besoins perçus d'aide professionnelle.

(5) Quelle est la portée des données discutées dans la présente brochure sur le programme?

Les résultats de l'ESEO présentés dans la présente brochure ont des conséquences importantes sur le programme. Les ministères s'occupant de services à l'enfance en Ontario doivent transcender les questions de compétence et de financement et travailler de concert sur les plans de la prévention et de l'intervention. Les programmes de garderie de qualité devraient être répandus comme moyen de prévenir les mauvais résultats scolaires, les problèmes de comportement et les troubles émotifs chez les enfants pauvres, que leurs parents travaillent ou non. Des programmes de suppléments du revenu devraient être instaurés et évalués pour déterminer si en améliorant la situation financière des familles on favorise l'ajustement des enfants au point de vue du comportement, des relations sociales et émotives. Des programmes de loisirs ou de développement des aptitudes devraient être élaborés pour les enfants vivant dans des logements subventionnés afin d'améliorer leur qualité de vie. Les programmes pour les parents, l'aide sociale et les services de garde devraient viser à aider les familles monoparentales avec des jeunes enfants. On devrait évaluer les conséquences des taux élevés de troubles chez les adolescentes où le taux de besoin d'aide professionnelle perçu est bas. Finalement, des programmes encourageant les enfants à acquérir des aptitudes sociales protectrices devraient être établis et l'on devrait ensuite les évaluer.

Quelles sont les orientations futures?

Les données de la présente brochure suggèrent où il faudrait orienter les enquêtes dans l'avenir. Tout l'échantillon de l'ESEO en 1983 a été étudié à nouveau en 1987 lorsque les enfants et les adolescents étaient âgés entre 8 et 20 ans. Cette perspective longitudinale permettra d'identifier des variables précédant des problèmes et susceptibles d'être des facteurs de risque. De plus, des informations seront disponibles pour aider à distinguer entre les troubles psychiatriques persistants et les troubles psychiatriques non persistants du moins pour une période de quatre années. Les données tirées de l'étude de suivi devraient aider à savoir sur quelles variables les programmes de prévention devraient se concentrer et quelles populations ils devraient viser.

Les résultats signalés dans la présente brochure suggèrent d'autres orientations pour les enquêtes à venir. Par exemple, il faudrait découvrir pourquoi l'aide sociale constitue un facteur de risque si prononcé chez les filles pour ce qui est des mauvais résultats scolaires. De tels renseignements fourniraient une base solide aux programmes d'intervention qui devraient être évalués rigoureusement. Les résultats décrits dans la brochure devraient soulever des questions plus définies qui devront être examinées par une série d'études sur des sujets précis. Le but principal sera de découvrir des programmes d'intervention et de prévention rationnels, efficaces et abordables qui amélioreraient la qualité de vie des groupes d'enfants à risques et leur famille et amélioreraient peut-être leurs chances de survie.

Introduction

Il est important de pouvoir identifier des groupes d'enfants à risque ayant différentes formes de problèmes reliés à l'enfance ou perçus comme ayant besoin de services. Quelques rares services de traitement et de diagnostic proportionnels à leur problème ou au besoin perçu peuvent être mis à leur disposition. On peut concentrer ses recherches pour découvrir pourquoi un groupe d'enfants particulier est à risque élevé. Il est à noter que ces renseignements peuvent seulement déterminer les groupes d'enfants à risque et ne peuvent pas préciser exactement les enfants à risque élevé dans un groupe. Toutefois, en sachant quels sont les mécanismes ou les causes qui mettent les enfants à risque, il serait possible d'établir des programmes de prévention rationnels visant à réduire l'incidence des troubles ou des conditions dans ce groupe d'enfants. La présente brochure devrait intéresser ceux qui travaillent dans les domaines de la santé, des services sociaux, de l'éducation, des loisirs et du logement et qui cherchent à améliorer la qualité de vie des enfants.

Les caractéristiques qui identifient les groupes d'enfants ayant un taux plus élevé de problèmes peuvent être appelées des facteurs de risque. Il peut s'agir de caractéristiques particulières à l'enfant comme une maladie chronique ou il peut s'agir de caractéristiques des parents ou du voisinage de l'enfant ou d'autres aspects du milieu. On remarquera qu'un facteur de risque ne fait qu'identifier une population d'enfants ayant une fréquence de problèmes plus élevée. Il peut être la cause ou non de ce taux élevé.

La présente brochure fait état des résultats concernant des groupes d'enfants à risque pour trois problèmes : les troubles psychiatriques, le besoin d'aide professionnelle perçu pour les problèmes de comportement et les troubles émotifs et le mauvais rendement scolaire. On tient compte de trois facteurs de risque extérieurs à l'enfant : la famille qui touche des prestations d'aide sociale, la famille monoparentale et la famille vivant dans un logement subventionné. Les définitions de ces termes et d'autres termes utilisés dans la présente publication sont données par ordre alphabétique dans le glossaire.

L'objectif principal de la brochure est d'examiner la force de chaque facteur de risque en choisissant des groupes d'enfants où ces trois problèmes reviennent souvent. On indique également dans quelle mesure la force varie selon l'âge, le sexe et la résidence en communauté urbaine ou rurale. Le deuxième objectif est d'examiner la mesure dans laquelle la présence de dysfonctionnement familial ou d'un faible revenu peut expliquer la relation entre le facteur de risque et le problème.

Les facteurs de risque et les problèmes discutés dans le présent rapport ont été choisis à partir d'une grande variété de variables mesurées dans l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario (ESEO) selon leur importance et leur utilité dans l'examen des questions de politiques et des questions cliniques. Les cliniciens et les responsables de l'élaboration des politiques peuvent habituellement identifier les groupes d'enfants qui présentent les facteurs de risque "aide sociale", "famille monoparentale" et "logement subventionné". Les données nécessaires pour faire leur identification sont et peuvent être recueillies de façon courante. De plus, les programmes d'intervention et de prévention peuvent être établis dans la collectivité pour les enfants qui habitent dans des logements subventionnés ou dans le cas des enfants vivant dans des familles touchent des presiation d'aide sociale par des programmes reliés aux services fournis à leurs parents. Les "familles monoparentales" font partie des facteurs de risque en raison de leur nombre croissant dans notre population. Le "dysfonctionnement familial" et le "faible revenu" ont été choisis comme variables de contrôle à être étudiées pour leur rôle possible dans la relation entre un facteur de risque et un problème parce que, dans bien des cas, on sait qu'ils sont reliés de près. Les "troubles psychiatriques" ont été choisis comme problème principal dans l'adaptation ou la santé mentale de l'enfant.

Le "besoin d'aide professionnelle perçu" (pour les problèmes de comportement u les troubles émotifs) a été choisi parce qu'il tient compte de la perception des parents, des professeurs ou des jeunes et est relié de plus près à l'utilisation des services que les deux autres mesures des problèmes de pauvreté. Le "mauvais rendement scolaire" a été choisi comme étant le problème principal dans le domaine cognitif de l'enfant.

Étude sur la santé des enfants de l'Ontario

L'ESEO était une enquête transversale menée en 1983 en Ontario sur la santé physique et mentale d'un échantillon aléatoire de plus de 3 000 enfants âgés de 4 à 16 ans. Des données ont été recueillies sur les problèmes de santé, y compris les troubles psychiatriques, les maladies chroniques et les comportements à risque comme le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie. Les quatre troubles psychiatriques étudiés étaient les troubles du comportement, l'hyperactivité, les troubles émotifs ou la névrose et la somatisation. Les données ont été recueillies auprès des parents et des enseignants des enfants âgés de 4 à 11 ans tandis que les informations sur les jeunes de 12 à 16 ans ont été recueillies auprès des parents et des jeunes eux-mêmes. Les enseignants n'avaient pas répondu à assez de questions sur les groupes plus âgés pour servir à l'évaluation des troubles psychiatriques. De nombreux professeurs d'école secondaire ont indiqué qu'ils ne connaissaient pas assez les adolescents pour remplir la liste de vérification détaillée de leur comportement. Un enfant âgé de 4 à 11 ans qui dépassait l'échelle préétablie sur la liste de vérification des parents ou sur celle de l'enseignant, ou les deux, était considéré comme ayant des troubles psychiatriques. De la même façon, un jeune âgé de 12 à 16 ans pouvait être considéré comme ayant des troubles psychiatriques s'il excédait le seuil établi sur la liste de vérification des parents ou du jeune lui-même, ou les deux. Les seuils pour les trois sources ont été conçus pour être plus compatibles avec les diagnostics posés d'après les points sur la liste de vérification et les diagnostics posés par les psychiatres des enfants. Des renseignements ont également été recueillis sur d'autres variables socio-démographiques, familiales, parentales et de développement précoce que l'on croit reliées aux troubles de santé. On a également recueilli des informations sur les répercussions de ces troubles de santé, y compris les troubles associés (p. ex., isolement social, mauvaises relations avec les autres) et l'utilisation des services sociaux, médicaux, scolaires et de santé mentale.

La conception de cette enquête, les moyens utilisés, la méthode pour mesurer les troubles psychiatriques et les premiers résultats sont décrits dans la première brochure de la présente série, *Étude sur la santé des enfants de l'Ontario : Résumé des premiers résultats*. L'annexe 1 contient une liste des publications de l'ESEO au 31 mai 1989.

Une étude de suivi de l'échantillon original de l'ESEO effectuée quatre ans plus tard apportera des dimensions nouvelles à l'enquête. Par exemple, elle apportera des renseignements sur la persistance des troubles sur une certaine période. Elle aidera également à établir des relations à long terme entre les variables connues (p. ex., aide sociale) et divers problèmes (p. ex., troubles psychiatriques). Cela permettra d'identifier avec plus de précision les variables qui sont vraiment des facteurs de risque. L'étude de suivi a commencé en 1987 et les premiers résultats seront disponibles en 1989.

Aperçu du rapport

Les résultats des analyses des facteurs de risque et des problèmes sont présentés en quatre parties :

- la fréquence, la distribution et le degré de chevauchement des facteurs de risque (aide sociale, familles monoparentales et logements subventionnés) et des problèmes (troubles psychiatriques, besoin d'aide professionnelle perçu et mauvais rendement scolaire);

- la force d'association entre les facteurs de risque et les problèmes, et la mesure dans laquelle ils varient en fonction du sexe, de l'âge et de la résidence en communauté urbaine ou rurale de l'enfant;

- la mesure dans laquelle le dysfonctionnement familial et le revenu faible expliquent ou justifient la relation entre le facteur de risque et le problème;

- les questions de risque attribuable, c'est-à-dire dans quelle mesure un problème peut être attribué à un facteur de risque individuel, et le degré de prévention ou dans quelle mesure un problème peut être prévenu en exposant un jeune à un facteur de protection individuel.

Le texte contient des sections en caractères gras avec des commentaires pour clarifier ou discuter des conséquences des données. En terminant, on a examiné les faits saillants des résultats, les répercussions sur le programme et les suggestions pour les orientations futures pour entreprendre des approches plus approfondies au programme et à la recherche.

Facteurs de risque et problèmes

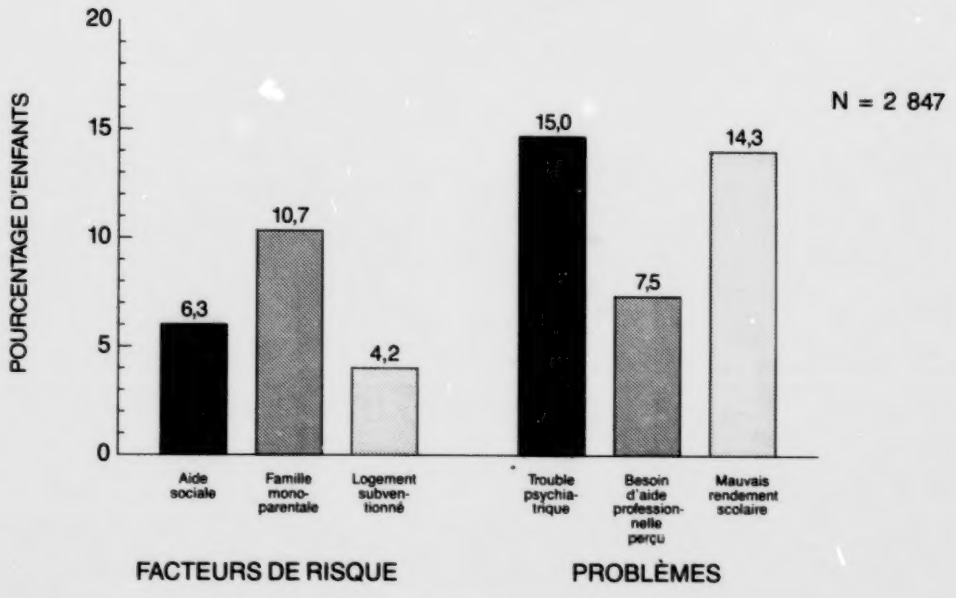
Les données sur les facteurs de risque et les problèmes dans la présente étude sont limitées aux enfants de 6 à 16 ans en raison du grand nombre de jeunes enfants qui ne vont pas à l'école et de la difficulté de coter les mauvais résultats scolaires chez les enfants de 4 à 5 ans. Les analyses ont porté sur 2 847 enfants âgés de 6 à 16 ans; ce nombre varie légèrement pour les variables individuelles dans les différents tableaux en raison de données manquantes.

Prévalence

La figure 1 donne le pourcentage d'enfants âgés de 6 à 16 ans pour chaque facteur de risque et chaque problème. La famille monoparentale constitue le facteur que l'on retrouve le plus souvent, avec plus de 10 % des enfants étudiés. Plus de 6 % des enfants de l'échantillon proviennent de familles qui touchent des prestations d'aide sociale et plus de 4 % vivent dans des logements subventionnés. Le problème le plus courant chez l'enfant est le trouble psychiatrique (15,0 %)*, suivi de près par les mauvais résultats scolaires (14,3 %). Le besoin d'aide professionnelle perçu est le moins commun, (7,5 %).

Figure 1

PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE ET DES PROBLÈMES CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 16 ANS



* Veuillez consulter le glossaire à la rubrique "Trouble psychiatrique" pour une explication de ces données.

Pour chaque enfant dans l'étude, une évaluation des troubles psychiatriques et des besoins en aide professionnelle ont été fourni par deux répondants. Pour les enfants de 6 à 11 ans, les données des parents et de l'enseignant répondants ont été utilisées, tandis que pour les jeunes de 12 à 16 ans, les données des parents et des jeunes répondants ont été utilisées. Les données pour le mauvais rendement scolaire provenaient des parents quel que soit le groupe d'âge.

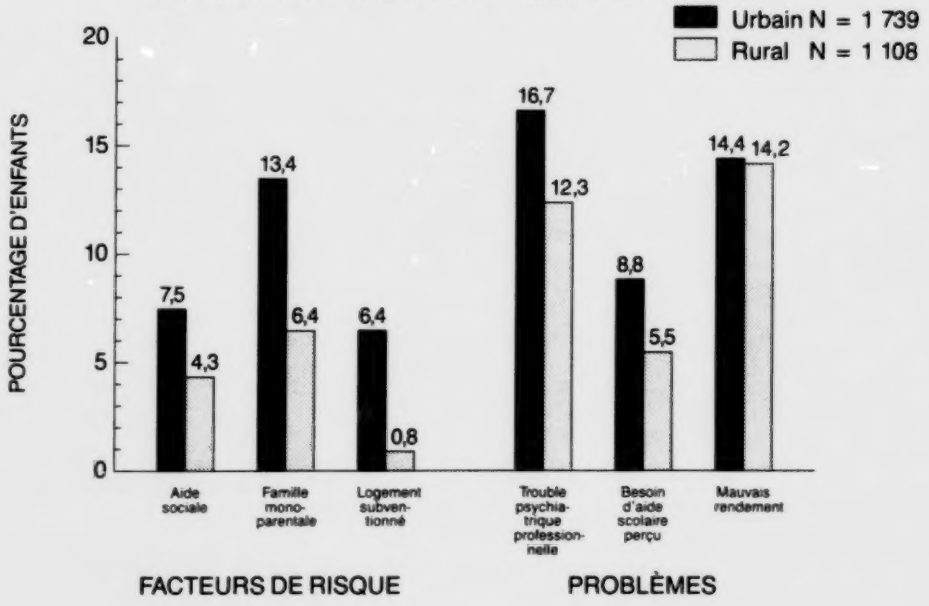
Lorsqu'on utilise deux répondants, ceux-ci tendent à identifier différents groupes d'enfants ayant le problème et relativement peu d'enfants sont identifiés comme ayant le problème par les deux répondants. Par exemple, dans le cas de troubles psychiatriques chez les jeunes enfants (de 6 à 11 ans), 58,8 % des cas sont choisis par l'enseignant seul, 31,1 % par les parents seuls et seulement 10,1 % sont choisis par les deux répondants. De la même façon, une petite minorité d'enfants du groupe d'âge 12-16 ans a été identifié par les deux répondants comme ayant des troubles psychiatriques, et il en va de même pour le besoin d'aide professionnelle perçu chez les deux groupes.

Le fait que différents répondants identifient différents groupes d'enfants ayant un problème met l'accent sur l'importance d'obtenir de l'information de plus d'une source lorsque l'on évalue les problèmes chez les enfants. Dans la mesure du possible, les parents, l'enseignant et l'enfant devraient tous répondre aux questionnaires.

On devrait également souligner que différentes définitions de troubles psychiatriques donneront différents taux de prévalence. Par exemple, si une définition plus restreinte des troubles exige de dépasser les seuils des listes de vérification de deux sources plutôt qu'une, la prévalence des troubles psychiatriques chez les

Figure 2

PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE
ET DES PROBLÈMES PAR
COMMUNAUTÉ URBAINE / COMMUNAUTÉ RURALE



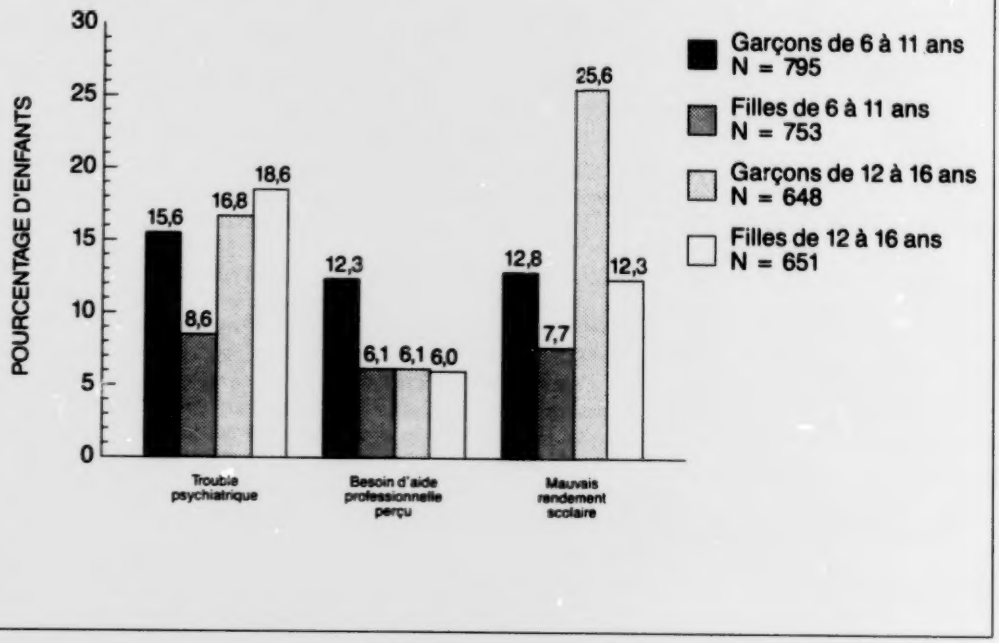
enfants de 6 à 16 ans serait ramenée à 3 %. Il est nécessaire de pousser les recherches pour savoir quelle définition de trouble est la plus appropriée aux différentes fins comme la planification de services cliniques ou l'élaboration de projets de prévention de base. On ne sait pas, par exemple, quelle proportion des 15 % des enfants de la communauté identifiés comme ayant des troubles psychiatriques pourrait et devrait utiliser les services de traitement et de diagnostic et en tirerait profit. Ainsi, les répercussions de cette figure sur les services ne sont pas claires.

Comme l'indique la figure 2, tous les facteurs de risque sont plus prévalents en milieu urbain qu'en milieu rural et chacune des différences entre les deux milieux a une signification statistique à $p < 0,001$*, établissant dans chaque cas un tableau 2 x 2 en services servant du test chi^2. L'aide sociale est 1,7 fois plus fréquente (7,5/4,3) et les familles monoparentales sont deux fois plus fréquentes. Presque tous les logements subventionnés se retrouvent en milieu urbain; l'échantillon de l'étude comprend seulement 9 enfants vivant dans des logements subventionnés en milieu rural.

Parmi les problèmes, les troubles psychiatriques et le besoin d'aide professionnelle perçu sont tous les deux beaucoup plus courants en milieu urbain qu'en milieu rural ($p < 0,01$). Comme on l'avait noté dans le résumé des premiers résultats, la prévalence croissante de troubles psychiatriques en milieu urbain

Figure 3

PRÉVALENCE DES PROBLÈMES SELON LE SEXE ET L'ÂGE



* Pour une explication de la valeur p, consultez le glossaire.

comparativement au milieu rural est surtout due au taux élevé de cas de troubles de comportement et d'hyperactivité identifiés par l'enseignant chez les enfants de 6 à 11 ans.

En réalité, il est possible que les enfants des écoles urbaines manifestent plus souvent des comportements antisociaux et hyperactifs. Il est possible que le comportement réel des enfants dans les deux genres d'écoles (urbaines et rurales) soit le même mais que les enseignants des écoles urbaines soient moins tolérants face à ces comportements. Les raisons de ces différences doivent donc être clarifiées.

Le fait que les parents vivant en milieu urbain sont plus susceptibles de voir leurs enfants comme ayant besoin d'aide professionnelle peut être en partie relié à la plus grande disponibilité ou au fait qu'ils sont plus conscients des maladies mentales et des services sociaux offerts dans les villes.

Le figure 3 montre que la prévalence des trois problèmes varie considérablement selon l'âge et le sexe des enfants (p 0,001). Dans chaque cas, un tableau de 4 x 2 a été établi (chaque catégorie d'âge et de sexe selon la présence ou l'absence des problèmes) et on a fait le test du chi^2. On retrouve le plus haut taux de troubles psychiatriques chez les adolescentes, ce qui est surtout dû à une montée de troubles émotifs suivie de symptômes de dépression et de troubles de somatisation. Les adolescents et les jeunes garçons ont à peu près la même prévalence de troubles psychiatriques; dans le premier groupe, les troubles de comportement sont plus communs tandis que dans l'autre groupe, l'hyperactivité et les troubles émotifs ont la même prévalence. La prévalence de troubles psychiatriques est moins élevée chez les plus jeunes filles en raison de la faible fréquence de troubles de comportement et d'hyperactivité.

Le besoin d'aide professionnelle perçu se retrouve principalement chez les jeunes garçons. Les taux de prévalence chez les jeunes garçons et filles (12,3 % et 6,1 %) sont sensiblement les mêmes que ceux des troubles psychiatriques (15,6 % et 8,6 %). Toutefois, chez les enfants plus âgés, le taux de troubles psychiatriques est plus de deux fois supérieur au taux de besoin d'aide professionnelle perçu pour les adolescents et plus de trois fois supérieur chez les adolescentes. En effet, les adolescentes ont le plus haut taux de troubles psychiatriques mais le taux le moins élevé de besoin d'aide perçu pour les troubles émotifs ou les problèmes de comportement.

Le mauvais rendement scolaire est plus courant chez les garçons que chez les filles, avec un ratio garçon:fille excédant 2:1 chez les enfants plus âgés. Comme on peut s'y attendre, le taux de mauvais rendement scolaire croît avec l'âge étant donné que la mesure est cumulative pour toute la durée de fréquentation scolaire de l'enfant.

La contradiction flagrante entre le taux de troubles psychiatriques et le besoin d'aide professionnelle perçu chez les adolescents mérite qu'on s'y attarde. Il est possible que certains adolescents, parents et enseignants attribuent moins d'importance aux symptômes que les cliniciens le font. Il est également possible que certains adolescents qui répondent aux critères de troubles jugés par les cliniciens n'aient pas de troubles persistants importants, comme des problèmes de relations sociales et de fonctionnement à l'école. Ainsi, certains de ces jeunes ne croient pas ou ne sont pas perçus par les autres comme ayant besoin d'aide professionnelle. Il est nécessaire d'obtenir des renseignements sur les problèmes accompagnant les troubles psychiatriques et leur persistance chez les adolescents. En l'absence de ces données, on ne peut pas conclure que tous les adolescents diagnostiqués comme ayant des problèmes psychiatriques ont besoin de services reliés à la santé mentale.

TABLEAU 1

Relations entre les facteurs de risque

	Aide sociale			Famille monoparentale			Logement suventionné		
	Oui	Non		Oui	Non[b]		Oui	Non	
	%	%	C.R[a]	%	%	C.R[a]	%	%	C.R[a]
Aide sociale	—	—	—	41,1	2,2	30,8***	50,0	4,4	21,7***
Famille monoparentale	68,5	6,6	30,8***	—	—	—	52,5	8,6	11,7***
Logement subventionné	33,3	2,1	21,7***	21,1	2,2	11,7***	—	—	—

[a]C.R. = chance relative
[b]Non = famille biparentale
*** $p < 0,001$

Le tableau 1 présente les résultats des relations entre les trois facteurs de risque. Il est évident que les trois facteurs sont étroitement liés entre eux. Par exemple, 41,1 % des enfants provenant d'une famille monoparentale vivent également de l'aide sociale. En contraste, seulement 2,2 % des enfants provenant de familles biparentales vivent de l'aide sociale. La chance relative (C.R.) est la mesure statistique utilisée pour indiquer la force de relation entre deux facteurs de risque. La façon de la calculer est expliquée dans le glossaire. Dans le cas de l'aide sociale et des familles monoparentales, la chance relative de 30,8 signifie que les chances qu'un enfant provenant d'une famille monoparentale reçoive également de l'aide sociale sont 30,8 fois celles d'un enfant provenant d'une famille biparentale. La relation peut également être exprimée en indiquant que les chances qu'un enfant vivant dans une famille bénéficiant de l'aide sociale provienne d'une famille monoparentale sont 30,8 fois celles d'un enfant dont la famille ne reçoit pas d'aide sociale. Un avantage des chances relatives est qu'elles permettent de comparer la force de relation entre deux facteurs de risque qui sont indépendants de leur fréquence dans la population. En présentant les pourcentages des groupes et les chances relatives, on donne une représentation plus complète des relations entre les deux variables. La signification statistique des relations a été établie en utilisant les tests chi^2. On peut voir dans tous les cas du tableau 1 qu'un enfant ayant un facteur de risque a beaucoup plus de chances de vivre dans une famille caractérisée par un autre facteur. La relation est plus étroite entre l'aide sociale et la famille monoparentale (C.R. = 30,8), qu'entre l'aide sociale et les logements subventionnés (C.R. = 21,7) et beaucoup plus qu'entre la famille monoparentale et les logements subventionnés (C.R. = 11,7).

Les enfants défavorisés par leur milieu dans un domaine socio-démographique sont plus susceptibles d'être défavorisés sur d'autres aspects. En réalité, parmi le groupe d'enfants défavorisés sur le plan psychosocial, les enfants ayant un seul facteur de désavantage, comme la pauvreté ou les logements surpeuplés, sont en minorité.

TABLEAU 2

Relations entre les variables des problèmes

	Trouble psychiatrique			Besion d'aide professionnelle perçu			Mauvaise rendement scolaire		
	Oui %	Non %	C.R.[a]	Oui %	Non %	C.R.[a]	Oui %	Non %	C.R.[a]
Avec des troubles psychiatriques	—	—	—	65,3	10,8	15,6***	23,7	13,0	2,1***
Avec un besoin d'aide professionnelle perçu	29,4	2,6	15,6***	—	—	—	14,5	5,3	3,1***
Avec un mauvais rendement scolaire	23,3	12,8	2,1***	31,8	13,3	3,1***	—	—	—

[a]C.R. = chance relative
*** $p < 0,001$

Les données du tableau 2 indiquent que les trois problèmes tout comme les facteurs de risque sont étroitement liés entre eux. Presque les deux tiers des enfants (65,3 %) semblant avoir besoin d'aide professionnelle ont des troubles psychiatriques; et un enfant ayant un mauvais rendement scolaire a 2,1 fois plus de chances d'avoir des troubles psychiatriques qu'un enfant ayant de bons résultats scolaires. Bien que les troubles psychiatriques et le besoin d'aide professionnelle perçu soient étroitement reliés (C.R. = 15,6), il faut se rappeler que 7 enfants sur 10 ayant des troubles psychiatriques ne sont pas perçus comme ayant besoin d'aide par leurs parents, leurs enseignants et les jeunes eux-mêmes.

Les services cliniques doivent être capables de reconnaître les relations étroites entre les problèmes de l'étude. Par exemple, un service pour aider des enfants ayant des troubles psychiatriques qui exclurait la possibilité d'intervenir pour régler des difficultés scolaires serait gravement incomplet puisqu'on s'attend à ce qu'un enfant sur quatre ayant des troubles psychiatriques ait de mauvais résultats scolaires. Le fait qu'un enfant ayant un problème a de fortes chances d'avoir d'autres problèmes démontre que les ministères provinciaux s'occupant des services à l'enfance doivent travailler ensemble pour élaborer des programmes d'intervention et de diagnostic coordonnés. Les enfants n'ont pas de problème concernant un seul ministère. Les ministères provinciaux s'occupant des services à l'enfance doivent transcender les questions de compétence et de financement et définir les responsabilités qui chevauchent.

La relation entre les facteurs de risque et les problèmes

Les analyses contenues dans la présente section étudient la force de relation entre chacun des facteurs de risque et chacun des problèmes et cherchent également à déterminer si la force des facteurs de risque varie considérablement ou non en fonction du sexe, de l'âge et du lieu de résidence en communauté urbaine ou rurale. On s'est servi des analyses de régression logistique pour mesurer la signification statique de ces relations et choisir les résultats à être illustrés aux tableaux 3, 4 et 5.

Encore une fois, la mesure statistique utilisée pour indiquer la force de relation entre le facteur de risque et le problème est la chance relative (C.R.). La chance relative est présentée aux tableaux 3, 4 et 5 à partir d'analyses simplifiées ou bivariables, et non pas de régressions logistiques. Comme auparavant, la signification statistique a été déterminée à l'aide de tests chi^2.

TABLEAU 3

Variables des problèmes chez les enfants de familles vivant de l'aide sociale et celles qui n'en reçoivent pas

	Aide sociale % (n)	Pas d'aide sociale % (n)	Chance relative
Pourcentage avec troubles psychiatriques	31,2 (49)	13,8 (313)	2,8***
Pourcentage avec besoin d'aide professionnelle perçu	20,1 (29)	6,6 (146)	3,6***
- selon le sexe			
garçons	30,8 (20)	7,7 (85)	5,4***
filles	11,4 (9)	5,6 (61)	1,7
- selon l'âge			
6 à 11 ans	28,2 (22)	7,6 (80)	4,8***
12 à 16 ans	10,6 (7)	5,6 (66)	2,0
- selon le type de communauté urbaine/communauté rurale			
communauté urbaine	19,0 (20)	8,0 (106)	2,7***
communauté rurale	23,1 (9)	4,5 (40)	6,3***
Pourcentage avec mauvais rendement scolaire	30,5 (51)	13,3 (332)	2,9***
- selon le sexe			
garçons	26,3 (20)	18,2 (231)	1,6
filles	31,4 (31)	8,1 (99)	5,8***

*** $p < 0,001$

Le tableau 3 présente les résultats des trois problèmes pour les enfants provenant de familles qui touchent des prestations d'aide sociale. L'aide sociale est une variable forte et marquante statistiquement pour déterminer les enfants ayant de fortes chances d'avoir des troubles psychiatriques. La prévalence de troubles psychiatriques est plus de deux fois supérieure (31,2 %) chez les enfants provenant de familles vivant de l'aide sociale que chez les enfants provenant de familles qui ne reçoivent pas d'aide sociale (13,8 %). Il faut toutefois noter que plus des deux tiers des enfants (68,8 %) provenant de familles recevant l'aide sociale ne souffrent pas de troubles psychiatriques au sens de la présente étude. La chance relative de 2,8 signifie que la chance qu'un enfant provenant d'une famille qui touche des prestations d'aide sociale ait des troubles psychiatriques est 2,8 fois celle d'un enfant provenant d'une famille qui ne reçoit pas d'aide sociale. Le "n" dans le tableau 3 désigne le nombre d'enfants ayant à la fois le facteur de risque et le problème. Par exemple, dans la première rangée, le "n" 49 indique que 49 enfants dont la famille vit de l'aide sociale ont des troubles psychiatriques. Le nombre 49 représente 31,2 % des enfants vivant de l'aide sociale de sorte que le nombre total d'enfants vivant de l'aide sociale (dans la présente analyse) est 49 x 100/31,2 = 157. Des calculs semblables peuvent être faits pour d'autres sous-groupes des tableaux 3, 4 et 5. Avant de passer à un autre sujet, il faudrait noter que la relation entre l'aide sociale et les troubles psychiatriques ne varie pas en fonction de l'âge, du sexe ou du lieu de résidence. Même si les données ne sont pas indiquées ici, lorsqu'on tient compte des troubles psychiatriques individuels, les résultats significatifs statistiquement suivants apparaissent : l'aide sociale est un facteur de risque particulièrement important pour les troubles de comportement (C.R. = 3,2) et la somatisation (C.R. = 3,5) et moindre, mais quand même significatif, pour les troubles émotifs (C.R. = 2,2). Dans le cas de l'hyperactivité, l'importance de l'aide sociale comme facteur de risque varie énormément en fonction de la résidence. L'aide sociale est un moyen beaucoup plus important d'identifier l'hyperactivité en milieu rural (C.R. = 5,1) qu'en milieu urbain (C.R. = 2,6).

Le tableau 3 révèle également que l'importance de l'aide sociale en tant que facteur de risque pour le besoin d'aide professionnelle perçu varie selon le sexe, l'âge et la résidence en milieu urbain ou rural. Il s'agit d'un facteur de risque significatif et prononcé pour ce problème chez les garçons (C.R. = 5,4) mais non chez les

filles (C.R. = 1,7), et pour les plus jeunes enfants (C.R. = 4,8) mais non chez les enfants plus âgés (C.R. = 2,0). C'est un indicateur pour le milieu urbain et le milieu rural mais il a une importance beaucoup plus grande en milieu rural (C.R. = 2,7 en milieu urbain et 6,3 en milieu rural).

Il faut remarquer que lorsqu'on se concentre sur les petits sous-groupes de l'échantillon étudié, on retrouve moins d'enfants. Par exemple, au tableau 3, le nombre de filles, d'adolescents et d'enfants vivant en communauté rurale qui semblent avoir besoin d'aide professionnelle est limité (n = 9, 7 et 9 respectivement). Lorsque les données sont à ce niveau, les résultats doivent être étudiés attentivement.

De plus, le tableau 3 indique que la variable "aide sociale" établit une distinction beaucoup plus nette chez les filles que chez les garçons en ce qui concerne le mauvais rendement scolaire. Les garçons provenant de familles vivant de l'aide sociale ne sont pas plus susceptibles d'avoir de mauvais résultats scolaires que les autres, tandis que chez les filles des familles qui touchent des prestations d'aide sociale, le taux est plus de 4 fois supérieur à celui des filles qui ne reçoivent pas d'aide sociale. L'aide sociale est un facteur si important pour le mauvais rendement scolaire chez les filles qu'il annule la forte tendance rapportée habituellement selon laquelle les garçons ont plus de problèmes à l'école que les filles. Parmi les enfants des familles vivant de l'aide sociale, le taux de mauvais rendement scolaire chez les garçons et les filles est de 26,3 % et 31,4 % respectivement. On ne sait pas si les filles ont le même taux de mauvais rendement scolaire que les garçons dans d'autres sous-groupes d'enfants à l'intérieur et à l'extérieur de l'Ontario et on ne sait pas non plus si les résultats rapportés ici pour les enfants provenant de familles vivant de l'aide sociale s'appliquent également aux groupes d'enfants provenant de familles vivant de l'aide sociale à l'extérieur de l'Ontario.

En dernier lieu, on devrait noter au tableau 3 que pour la population d'enfants vivant dans des familles vivant de l'aide sociale, on ne peut pas simplement ajouter les pourcentages d'enfants dans les groupes ayant des troubles psychiatriques, un besoin d'aide professionnelle et un mauvais rendement scolaire pour obtenir un taux global de morbidité. Il serait incorrect d'additionner simplement ces pourcentages puisque, comme indiqué précédemment, ces problèmes n'identifient pas des groupes d'enfants mutuellement exclusifs.

Les raisons pour lesquelles l'aide sociale favorise le mauvais rendement scolaire chez les filles et non chez les garçons ne sont pas claires. Il est possible que :

- **les filles des familles vivant de l'aide sociale soient plus susceptibles que les garçons de rester à la maison pour s'occuper des frères et soeurs plus jeunes;**

- **les filles des familles vivant de l'aide sociale sont peut-être plus près de leur foyer que les garçons. Les garçons ont peut-être plus de chances de participer à des programmes de développement communautaires et voient ainsi leur vie future comme étant plus indépendante de leur vie au foyer;**

- **les écoles traitent les filles des familles vivant de l'aide sociale différemment des garçons provenant de ce même genre de familles. Par exemple, le jugement des enseignants peut être biaisé en ce qui a trait à leur capacité de bien travailler à l'école.**

Quels que soient les facteurs, ils devraient probablement être vus comme étant d'importantes forces du milieu. Il faut connaître leurs mécanismes d'action pour guider les efforts d'intervention grandement nécessaires.

TABLEAU 4

Variables des problèmes pour les enfants des familles monoparentales et biparentales

	Familles monoparentales %	(n)	Familles biparentales %	(n)	Chances relatives
Pourcentage avec des troubles psychiatriques	21,7	(56)	14,2	(309)	1,7***
- selon l'âge					
6 à 11 ans	24,4	(31)	10,8	(117)	2,5***
12 à 16 ans	19,1	(25)	17,4	(106)	1,2
- selon le type de communauté					
communauté urbaine	20,7	(41)	16,1	(207)	1,4
communauté rurale	25,0	(15)	11,4	(102)	2,6**
Pourcentage avec besoin d'aide professionnelle perçu	16,0	(39)	6,6	(139)	2,7***
- selon l'âge					
6 à 11 ans	23,7	(27)	7,6	(77)	3,8***
12 à 16 ans	9,3	(12)	5,6	(62)	1,7
Pourcentage avec mauvais rendement scolaire	21,1	(59)	13,5	(324)	1,7***
- selon le sexe					
garçon	21,2	(29)	18,3	(222)	1,2
filles	20,3	(28)	8,6	(102)	2,7***

** $p < 0,01$
*** $p < 0,001$

Le tableau 4 donne des informations sur le prochain facteur de risque, soit la famille monoparentale. Sa force en tant que facteur de troubles psychiatriques varie selon l'âge de l'enfant et son lieu de résidence. Il s'agit d'un facteur prépondérant pour ce genre de problème chez les jeunes enfants seulement. Les données sur les familles monoparentales en tant que facteur de risque pour les troubles individuels (non indiqué) révèlent qu'il joue un rôle primordial dans le troubles de comportement chez les jeunes enfants (C.R. = 4,9); chez les enfants plus vieux, il ne constitue pas du tout un facteur de troubles de comportement (C.R. = 1,0). Pour ce qui est de l'hyperactivité, les résultats sont similaires. La famille monoparentale constitue un facteur de risque élevé chez les jeunes enfants (C.R. = 2,6), mais pas chez les enfants plus vieux (C.R. = 0,9). La famille monoparentale ne constitue pas un facteur de risque pour les troubles émotifs ou la somatisation. De plus, il constitue un facteur important pour les troubles psychiatriques chez les enfants en communauté rurale (C.R. = 2,6) mais pas en communauté urbaine (C.R. = 1,4).

Les données du tableau 4 indiquent également que la famille monoparentale constitue un facteur important pour les problèmes reliés au besoin d'aide professionnelle perçu chez les enfants plus jeunes mais pas chez les enfants plus vieux (C.R. = 3,8 et 1,7 respectivement). En dernier lieu, le tableau 4 indique que la famille monoparentale est un facteur important pour le mauvais rendement scolaire chez les filles mais pas chez les garçons (C.R. = 2,7 et 1,2 respectivement). Toutefois, ce n'est pas un facteur de risque aussi déterminant que l'aide sociale pour le mauvais rendement scolaire chez les filles.

Les programmes pour les parents, les programmes d'aide sociale et les autres programmes d'intervention peuvent être établis pour les familles monoparentales afin de réduire les difficultés considérables qu'elles ont avec les problèmes de comportement et les troubles émotifs chez les très jeunes enfants, particulièrement pour les aider à prendre en main leur comportement agressif. Les garderies et les programmes avant et après l'école aideraient les familles monoparentales à prendre soin de leurs enfants. Ces programmes devraient viser non seulement les parents qui travaillent à l'extérieur mais aussi ceux qui restent à la maison toute la journée. De plus, les programmes d'aide et d'éducation aux parents pourraient réduire leur isolement, augmenter leurs contacts sociaux et améliorer leurs aptitudes à être de bons parents.

TABLEAU 5

Problèmes touchant les enfants vivant dans des logements subventionnés ou non

	Logements subventionnés % (n)	Logements non subventionnés % (n)	Chances relatives
Pourcentage avec troubles psychiatriques	30,4 (31)	14,2 (328)	2,6***
Pourcentage avec besoin d'aide professionnelle perçu	22,3 (21)	6,9 (154)	3,9***
- selon l'âge			
6 à 11 ans	36,0 (18)	7,8 (83)	6,7***
12 à 16 ans	6,8 (3)	6,0 (71)	1,7
Pourcentage avec mauvais rendement scolaire	25,2 (28)	13,8 (350)	2,1**
- selon l'âge			
6 à 11 ans	13,6 (9)	10,2 (136)	1,4
12 à 16 ans	42,2 (19)	18,2 (214)	3,3***

** $p < 0,01$
*** $p < 0,001$

Le dernier facteur de risque étudié était les logements subventionnés. Les influences du lieu de résidence (en ville par rapport à la campagne) sur l'importance des logements subventionnés en tant que variable identifiable ne pouvaient pas être évaluées en raison de la rareté de ces logements en milieu rural.

Le tableau 5 indique que les logements subventionnés constituent un facteur de risque important pour les troubles psychiatriques (C.R. = 2,6). Près d'un tiers des enfants vivant dans des logements subventionnés (30,4 %) souffrent de troubles psychiatriques, ce qui est plus de 2 fois supérieur au taux des enfants vivant dans des logements non subventionnés (14,2 %).

L'importance des logements subventionnés comme facteur de risque pour les troubles psychiatriques ne varie pas de façon significative en fonction de l'âge et du sexe. Toutefois, dans le cas des troubles individuels (non indiqués), les logements subventionnés constituent un facteur de risque plus important pour les troubles de comportement chez les jeunes enfants (C.R. = 5,3) que chez les enfants plus vieux (C.R. = 2,2). Il constitue également un facteur pour l'hyperactivité (C.R. = 2,1) et la somatisation (C.R. = 3,0). Son importance pour les troubles émotifs varie grandement en fonction de l'âge des enfants; il est beaucoup plus prépondérant chez les jeunes enfants (C.R. = 6,3) que chez les plus vieux (C.R. = 1,1).

De plus, le tableau 5 démontre que les logements subventionnés constituent un facteur important pour le besoin d'aide professionnelle perçu chez les jeunes enfants. Le nombre d'enfants plus vieux vivant dans des logements subventionnés (3) par rapport à leur besoin d'aide professionnelle perçu est trop minime pour pouvoir évaluer son importance comme facteur pour ce groupe d'âge et ce problème en particulier.

En dernier lieu, le tableau 5 indique que l'importance des logements subventionnés comme facteur de risque pour le mauvais rendement scolaire varie considérablement en fonction de l'âge. Il constitue un facteur important chez les enfants plus âgés (C.R. = 3,3) mais il n'est pas un facteur significatif chez les enfants plus jeunes (C.R. = 1,4). Toutefois, le petit nombre d'enfants âgés de 6 à 11 ans ayant de mauvais résultats scolaires et vivant dans des logements subventionnés (n = 9) exige qu'on reprenne les résultats.

Les troubles psychiatriques prévalent surtout chez les enfants vivant dans des logements subventionnés et touchent près d'un tiers d'entre eux. Plus de 40 % des enfants plus âgés vivant dans des logements subventionnés ont de mauvais résultats à l'école. En outre, une grande proportion de jeunes enfants dans cette situation semblent avoir besoin d'aide professionnelle pour des problèmes de comportement et des troubles émotifs. En Ontario, la vaste majorité des enfants vivant dans des logements subventionnés habitent dans de grands complexes immobiliers. Il est donc fort possible que la structure organisationnelle et la vie dans ces complexes immobiliers contribuent aux troubles psychiatriques et au mauvais rendement scolaire.

En prenant des mesure pour améliorer la qualité de vie des enfants dans les logements publics on doit tenir compte du risque élevé de troubles psychiatriques dans ce milieu pour les deux sexes et les différents groupes d'âge, et pour les mauvais résultats scolaires chez les enfants plus âgés. Comme ces enfants vivent dans des quartiers clairement définis, des programmes de prévention communautaire (par exemple, des programmes de loisirs) pourraient être établis et évalués de près.

Il faut noter qu'il est possible d'identifier des sous-groupes d'enfants ayant un risque beaucoup plus élevé d'avoir un problème en utilisant des combinaisons de facteur de risque. Par exemple, si on prend des enfants qui vivent dans des logements subventionnés et qui proviennent de familles monoparentales touchant des prestations d'aide sociale, les chances relatives que ces enfants aient besoin d'aide professionnelle sont de 10 contre 1 comparativement aux enfants vivant dans des familles ne présentant aucune de ces caractéristiques. D'une part, cette stratégie peut augmenter l'efficacité des projets de prévention qui utilisent une approche démographique pour identifier et rejoindre leurs clients. D'autre part, il est possible que les populations à risque élevé identifiées de cette façon comprennent relativement peu d'enfants. Ainsi, un programme de prévention de ce genre, s'il connaît du succès, ne réduira peut-être pas de façon significative l'incidence générale du problème dans la population. Toutefois, plusieurs de ces programmes visent différents groupes à risque élevé et pourraient avoir un effet cumulatif bénéfique considérable s'ils connaissent du succès.

La force d'association entre les facteurs de risque et les problèmes pour les faibles revenus et le dysfonctionnement familial

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'objectif principal de la présente brochure est d'étudier l'importance des facteurs de risque dans l'identification des groupes d'enfants très touchés par ces trois problèmes. La présente section traite des objectifs secondaires, notamment, des raisons pour lesquelles les enfants identifiés par les facteurs arrivent à cet état de haut risque. Pour ce faire, nous avons utilisé les régressions logistiques afin d'examiner la force d'association relative des trois facteurs de risque avec chaque problème. En utilisant cette méthode statistique, on peut voir si les facteurs de risque ont eu des effets indépendants (c.-à-d., effet principal); si d'autres facteurs de risque, notamment, le faible revenu et le dysfonctionnement familial étaient reliés plus étroitement au problème que les trois facteurs mentionnés dans la brochure; et si la force d'association de chacun des trois facteurs variait de façon significative ou non selon d'autres variables comme les deux autres facteurs de risque et l'âge, le sexe ou le lieu de résidence en communauté urbaine ou en communauté rurale (c.-à-d., l'interaction). Comme vous le verrez, les facteurs de risque peuvent être moins reliés au problème lorsque des variables supplémentaires sont prises en considération. Il faudrait remarquer que comme les renseignements de l'étude sur la santé des enfants de l'Ontario sont transversaux (recueillis en un seul temps), on peut seulement essayer de déterminer des relations causales. Mentionnons également que les résultats obtenus lors de la régression logistique sont très dépendants des variables choisies pour l'analyse. Ainsi, la force d'association entre la même variable et le problème peut varier selon les variables utilisées dans l'analyse.

Pour chaque problème identifié aux tableaux 6, 7 et 8, des tests de nature statistique ont été menés dans chaque régression logistique pour évaluer toutes les interactions à deux sens possibles parmi les trois facteurs de risque. Nous avons également testé les différentes interactions qui semblaient avoir une signification pour chaque problème dans les analyses précédentes en examinant la force de relation entre chaque facteur de risque et chaque problème en fonction de l'âge, du sexe et de la résidence en communauté urbaine ou en communauté rurale. Seules les interactions qui semblaient avoir une signification statistique ont été incluses aux tableaux 6, 7 et 8. Dans ces tableaux, les chances relatives sont indiquées pour tous les facteurs de risque, les variables de contrôle et les interactions. Les chances relatives qui sont très différentes de 1,0 sont désignées par un astérisque.

Le tableau 6 fait un résumé de la force d'association entre les facteurs de risque, les variables de contrôle et les troubles psychiatriques. En plus des interactions entre chaque facteur, des tests ont été menés auprès des familles monoparentales selon qu'elles vivent en communauté urbaine ou en communauté rurale et selon l'âge de l'enfant. Le faible revenu et le dysfonctionnement familial jouent des rôles indépendants importants dans la prévision des troubles psychiatriques (C.R. = 1,8 et 2,9 respectivement). Pour ce qui est de l'aide sociale, les chances relatives, bien que plus grandes que 1,0, sont négligeables. Les chances relatives

sommaires ou non ajustées entre l'aide sociale et les troubles psychiatriques sont de 2,8 (voir le tableau 3). Toutefois, lorsque l'on tient compte des effets des autres variables, les chances relatives sont ramenées à 1,7 ce qui, du point de vue statistique, n'est pas différent de 1,0 comme le montre le tableau 6.

Le faible revenu et le dysfonctionnement familial justifient en grande partie la force de relation entre l'aide sociale et les troubles psychiatriques. Bien que les résultats présentés de cette façon ne puissent être examinés à l'heure actuelle, c'est le faible revenu plutôt que le dysfonctionnement familial qui détermine en grande partie la relation entre l'aide sociale et les troubles psychiatriques. Par exemple, lorsqu'une seule variable de contrôle, le faible revenu, est utilisée dans le modèle (et que la variable de dysfonctionnement familial n'est pas utilisée), la relation entre l'aide sociale et les troubles psychiatriques, bien que plus élevée que 1,0, est négligeable (1,8). Toutefois, lorsque l'on fait l'inverse (lorsqu'on utilise la variable dysfonctionnement familial dans le modèle et non pas le faible revenu), la relation entre l'aide sociale et les troubles psychiatriques est particulièrement importante (C.R. = 2,3). Du point de vue statistique, les logements subventionnés n'ont pas d'effets indépendants marquants précurseurs de troubles psychiatriques. La relation entre les familles monoparentales et les troubles psychiatriques varie selon le lieu de résidence; il est plus fort en milieu rural (C.R. = 2,0) qu'en milieu urbain (0,7). (Il n'y a pas d'astérisque parce que la comparaison services fait entre C.R. = 2,0 et C.R. = 0,7. Veuillez consulter la définition et la démonstration de l'interaction dans le glossaire.) En dernier lieu, la relation entre la famille monoparentale et les troubles psychiatriques varie selon l'âge.

TABLEAU 6

Force d'association entre les facteurs de risque, les variables de contrôle et les troubles psychiatriques

Variable	Chances relatives
Contrôle	
Faible revenu	1,8*
Dysfonctionnement familial	2,9*
Effects principaux des facteurs de risque	
Aide sociale	1,7
Logements subventionnés	1,4
Interactions	
Familles monoparentales en milieu urbain ou rural	
· Communauté urbaine	0,7
· Communauté rurale	2,0
Familles monoparentales selon l'âge	
· 6 à 11 ans	1,8
· 12 à 16 ans	0,8

* $p < 0,05$

L'aide familiale et les logements subventionnés comme signes précurseurs de troubles psychiatriques chez les enfants n'ont presque plus de signification lorsque l'on tient compte du faible revenu et du dysfonctionnement familial. Ainsi, l'association de ces deux facteurs de risque avec les troubles psychiatriques est expliquée en grande partie par les variables de contrôle. On pourrait s'attendre à ce que, si réussies, les interventions fondées sur la connaissance des mécanismes selon lesquels le faible revenu et le dysfonctionnement familial entraînent un taux élevé de troubles psychiatriques chez les enfants réduiraient considérablement les effets négatifs de l'aide sociale sur l'adaptation du comportement et des émotions des enfants.

Ceci mène à deux propositions. Premièrement, des programmes de supplément du revenu devraient être établis et évalués pour connaître leurs répercussions sur la santé mentale des enfants. Deuxièmement, il est important de déterminer dans quelle mesure les programmes communautaires de qualité peuvent atténuer les conséquences néfastes d'un environnement défavorisé.

TABLEAU 7

Force d'association entre les facteurs de risque, les variables de contrôle et le besoin d'aide professionnelle perçu

Variable	Chances relatives
Contrôle	
Faible revenu	2,6*
Dysfonctionnement familial	2,8***
Effets principaux sur les facteurs de risque	
Familles monparentales	1,6
Autres effets principaux	
Garçons	1,5*
Interactions	
Aide sociale par communauté urbaine ou communauté rurale	
· Communauté urbaine	0,7
· Communauté rurale	2,4
Logements subventionnés selon l'âge	
· 6 à 11 ans	2,7*
· 12 à 16 ans	0,5

* $p < 0,05$
*** $p < 0,001$

Dans le cas des besoins d'aide professionnelle perçus, les interactions spécifiques suivantes ont été vérifiées : l'aide sociale selon le sexe, l'âge et la résidence en communauté urbaine ou en communauté rurale, la famille monoparentale selon l'âge et selon le sexe, et les logements subventionnés selon l'âge. Le tableau 7 indique que le faible revenu, le dysfonctionnement familial et le fait d'être un garçon contribuent grandement à la prévision des besoins d'aide professionnelle perçus, mais pas la famille monoparentale. La relation entre l'aide sociale et le besoin d'aide professionnelle perçu est beaucoup plus intense dans la communauté rurale que dans la communauté urbaine. Finalement, les logements subventionnés sont un facteur important pour la prédiction de ce problème chez les enfants très jeunes mais pas chez les enfants plus vieux.

Le fait que les logements subventionnés constituent un facteur indépendant important pour les besoins d'aide professionnelle perçus seulement chez les jeunes enfants mérite qu'on s'y attarde.

En dernier lieu, pour ce qui est du mauvais rendement scolaire, les interactions spécifiques suivantes ont été étudiées : l'aide sociale selon le sexe, la famille monoparentale selon le sexe et les logements subventionnés selon l'âge. Le tableau 8 indique que pour le mauvais rendement scolaire, le faible revenu (mais non pas le dysfonctionnement familial), a une relation de prédiction importante ($p<0,05$).

La famille monoparentale en tant qu'effet principal n'est pas reliée de façon marquante aux mauvais résultats scolaires. De plus, l'aide sociale et les logements subventionnés ne font pas partie du modèle en tant qu'effets principaux comme le font les trois interactions. Parmi les enfants provenant de familles vivant de l'aide sociale, le fait de vivre dans un logement subventionné entraîne une forte chance d'avoir un mauvais rendement scolaire. En outre, la force de relation entre l'aide sociale et les mauvais résultats scolaires varie en fonction du sexe, et est plus importante chez les filles que chez les garçons (C.R. = 3,1 et 0,8 respectivement). Pour les enfants vivant dans des logements subventionnés, le risque d'avoir de mauvais résultats scolaires est plus élevé chez les adolescents (C.R. = 1,8) que chez les préadolescents (C.R. = 0,7).

TABLEAU 8

Force d'association entre les facteurs de risque, les variables de contrôle et le mauvais rendement scolaire

Variable	Chances relatives
Contrôle	
Faible revenu	1,9*
Dysfonctionnment familial	1,1
Effets principaux sur les facteurs de risque	
Familles monoparentales	0,9
Interactions	
Aide sociale selon le logement subventionné	
· Logement subventionné	0,8
· Logement non subventionné	3,2*
Aide sociale	
· Garçons	0,8
· Filles	3,1*
Logements subventionnés selon l'âge	
· 6 à 11 ans	0,7
· 12 à 16 ans	1,8

* $p < 0,05$

Même si le dysfonctionnement familial a un effet indépendant important sur la prévision des troubles psychiatriques, il joue un rôle sans conséquence pour la prévision du mauvais rendement scolaire. Ainsi, ces deux genres de problèmes importants pour les enfants, l'un relié aux troubles de comportement et aux troubles affectifs et l'autre au domaine cognitif, semblent avoir des origines différentes. Si on améliore le fonctionnement familial, on peut s'attendre à des résultats positifs sur l'adaptation des enfants mais pas nécessairement sur leur rendement scolaire.

Il serait important d'examiner plus en profondeur les résultats voulant que les enfants de familles qui touchent des prestations d'aide sociale et vivant dans des logements non subventionnés sont beaucoup plus défavorisés en ce qui a trait aux résultats scolaires que ceux qui vivent dans des logements subventionnés. Afin de comprendre les mécanismes qui sous-tendent ces résultats, il faut recueillir des renseignements sur l'aspect cognitif et les autres capacités de ces deux groupes d'enfants relativement à l'aide sociale et aux caractéristiques de leurs écoles. Par exemple, il est possible que les enfants dont les familles touchent des prestations d'aide sociale fassent partie intégrante de la population homogène des écoles desservant les régions ayant des logements subventionnés, mais dans d'autres écoles, ils peuvent faire partie d'un groupe défavorisé distinct en termes de fonctionnement cognitif et d'aptitudes scolaires; il se peut également que les écoles ne desservant pas les enfants qui vivent dans des logements subventionnés aient des normes académiques élevées et que le milieu soit moins hospitalier pour les enfants de familles qui touchent des prestations d'aide sociale. Il est de toute d'évidence nécessaire de déterminer lesquelles de ces hypothèses ou d'autres hypothèses possibles s'avèrent.

Finalement, l'interaction entre l'aide sociale et le sexe semble vouloir dire que, dans le cas des filles, l'aide sociale influe sur leurs résultats scolaires en grande partie indépendamment du faible revenu et du dysfonctionnement familial. Les mesures prises pour améliorer cette situation devraient surtout porter sur des problèmes autres que le revenu et le fonctionnement de la famille.

En général, il semble y avoir un besoin pressant d'intervenir tôt dans la vie des enfants de familles vivant de l'aide sociale. L'accès aux programmes de garde de qualité pour ces enfants peut aider à ce qu'ils ne rentrent pas à l'école avec des problèmes de comportement et, surtout pour les filles, des problèmes cognitifs. De plus, les garderies aideraient à éliminer le problème des filles qui doivent

rester à la maison pour s'occuper de leurs jeunes frères et soeurs. Finalement, elles permettraient aux mères d'acquérir de l'expérience ou de travailler à l'extérieur du foyer et joueraient un rôle dans leur estime de soi et leur revenu possible.

Risque attribuable et degré de prévention

Des analyses plus poussées ont permis d'étudier la proportion d'un problème attribuable aux facteurs de risque individuels ainsi que les facteurs qui protègent les enfants contre un problème en présence des facteurs de risque. L'importance du concept de "risque attribuable" tient à sa pertinence face aux programmes de prévention primaire. Le risque attribuable permet à l'enquêteur d'estimer la proportion maximum d'un problème dans une population qui pourrait être prévenue si les effets d'un facteur de risque spécifique sont annihilés. Son étendue dépend de la prévalence du facteur de risque dans la population et de la force de relation entre le facteur de risque et le problème en question. Dans le cas des facteurs de protection, le terme "degré de prévention" est utilisé pour désigner la proportion de cas qui pourrait être prévenue par le facteur de protection.

Les figures 4, 5 et 6 illustrent les risques attribuables des trois facteurs de risque et les deux variables de contrôle pour chacun des trois problèmes. Ces figures montrent également les degrés de prévention des trois problèmes pour deux variables qui ont un effet de protection (s'entend bien avec les autres et bonnes relations avec ses camarades). Ces valeurs constituent les proportions maximums parce qu'elles supposent que les facteurs de risque sont eux-mêmes la cause et agissent complètement indépendamment, ce qui, bien sûr, n'est pas vrai. Dans le cas de l'aide sociale et des troubles psychiatriques, par exemple, pour réaliser le risque attribuable maximum pour cette variable (8,7 %), Il faut éliminer non seulement l'aide sociale mais aussi les mécanismes par lesquels l'aide sociale en tant que facteur de risque entraîne les troubles psychiatriques.

Figure 4

RISQUES ATTRIBUABLES DES FACTEURS DE RISQUE ET VARIABLES DE CONTRÔLE, ET DEGRÉ DE PRÉVENTION DES FACTEURS DE PROTECTION POUR LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

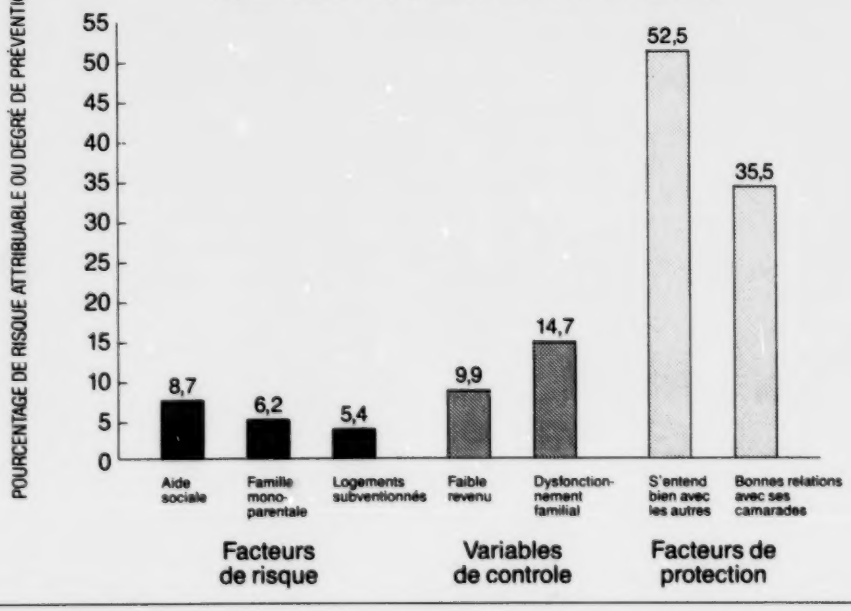


Figure 5

RISQUES ATTRIBUABLES DES FACTEURS DE RISQUE ET VARIABLES DE CONTRÔLE, ET DEGRÉ DE PRÉVENTION DES FACTEURS DE PROTECTION

POUR LES BESOINS D'AIDE PROFESSIONNELLE PERÇUS

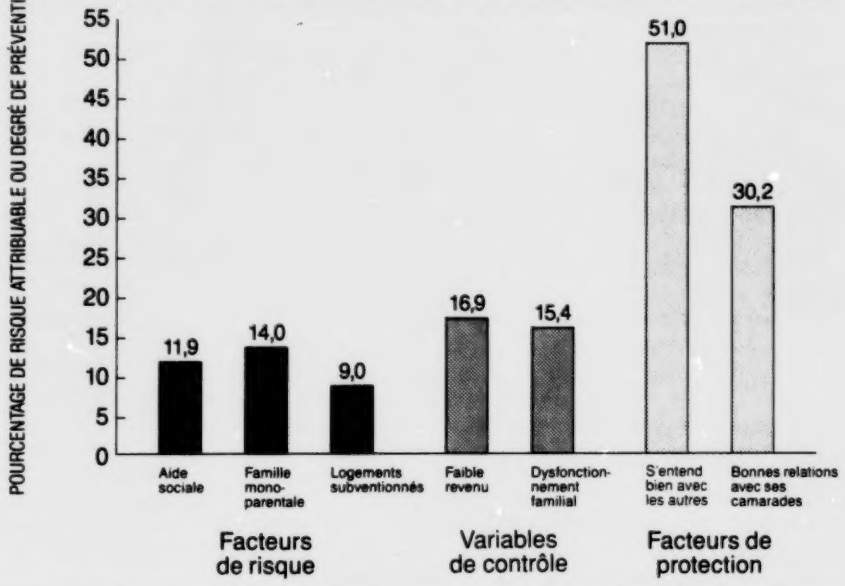
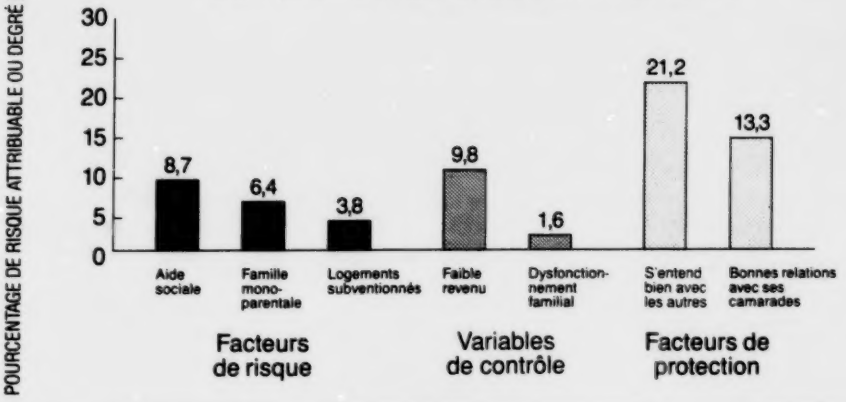


Figure 6

RISQUES ATTRIBUABLES DES FACTEURS DE RISQUE ET VARIABLES DE CONTRÔLE, ET DEGRÉ DE PRÉVENTION DES FACTEURS DE PROTECTION

POUR LE MAUVAIS RENDEMENT SCOLAIRE



La figure 4 indique que pour les troubles psychiatriques, le dysfonctionnement familial constitue le risque attribuable le plus élevé (14,7 %) et le logement subventionné constitue le moins élevé (5,4 %). Dans le cas des besoins d'aide professionnelle perçus (figure 5), tous les risques attribuables sont au-dessus de 9 %, le faible revenu (16,9 %) et le dysfonctionnement familial (15,4 %) étant les plus élevés. Finalement, pour le mauvais rendement scolaire (figure 6), le dysfonctionnement familial, par contraste, constitue un risque attribuable négligeable (1,6 %). Le faible revenu et l'aide sociale sont les risques attribuables les plus élevés pour ce problème avec des valeurs de 9,8 % et 8,7 % respectivement.

En ce qui a trait aux troubles psychiatriques, le facteur de protection "s'entend bien avec les autres" comporte un degré de prévention élevé (52,5 %). Si ce facteur de protection et les mécanismes par lesquels il réussit à réduire la fréquence de troubles psychiatriques, pouvaient être positivement encouragés chez les enfants, les troubles pourraient être réduits de plus de 50 %. Ce chiffre est une indication de la relation étroite entre ce facteur de protection et le problème, et la prévalence relativement élevée de ce facteur. Le facteur "s'entend bien avec les autres" montre également un degré de prévention très élevé pour les besoins d'aide professionnelle perçus (51,0 %). Dans le cas du mauvais rendement scolaire, ce facteur de protection démontre un degré de prévention substantiel mais moins élevé (21,2 %).

Il faut faire attention à l'interprétation de la portée du degré de prévention pour les deux facteurs de protection. À partir de nos données actuelles, on ne peut pas conclure que les facteurs de protection sont des signes précurseurs des troubles psychiatriques et sont reliés à leur prévention. Par exemple, l'incapacité de s'entendre avec les autres peut faire partie du problème lui-même ou peut en être une conséquence. Néanmoins, les résultats indiquent que les programmes d'intervention efficace visant à améliorer les relations sociales des enfants peuvent réduire considérablement les troubles psychiatriques et le besoin d'aide professionnelle perçu.

On devrait tenter d'établir et d'évaluer des programmes encourageant les facteurs de protection chez les enfants, tout particulièrement ceux des milieux défavorisés. On pourrait établir des garderies, des programmes scolaires et de développement des aptitudes de qualité. Ceux-ci devraient améliorer les aptitudes sociales et l'estime de soi des enfants ainsi que leur rendement scolaire.

Lorsque l'on compare les mérites des projets de prévention primaire, le risque attribuable est un critère important à considérer. Dans bien des cas, il faudra en laisser un de côté. Si on veut cerner un groupe pour rejoindre les enfants à plus grands risques pour un problème ou une condition donné, cela peut vouloir réduire le risque attribuable. Par exemple, le faible poids à la naissance est une variable qui a un effet indépendant marquant dans la prédiction des troubles psychiatriques mais, en raison de sa fréquence irrégulière, ses risques attribuables sont réduits (3,7 %). En éliminant le problème de faibles poids à la naissance, on ne réduirait pas la fréquence des troubles psychiatriques de façon significative.

Aperçu et conséquences des principaux programmes

Voici certains des résultats importants au sujet des enfants à risque :

- Les facteurs de risque, tout comme les problèmes, ont tendance à chevaucher.

- L'aide sociale est un facteur de risque particulièrement important avec un taux de prévalence de troubles psychiatriques chez les enfants de familles vivant de l'aide sociale de 31,2 % et un taux de prévalence pour le mauvais rendement scolaire chez les filles de familles vivant de l'aide sociale de 31,4 %.

- Il existe une contradiction importante entre le taux de problèmes psychiatriques chez les adolescents et les besoins d'aide professionnelle perçus.

Des analyses plus poussées mettent en lumière l'association entre les facteurs de risque et les problèmes :

- La force des facteurs de risque varie selon le problème et selon les sous-groupes de la population. Par exemple, l'aide sociale est un facteur important pour le mauvais rendement scolaire chez les filles. La famille monoparentale est un facteur marquant de troubles psychiatriques chez les jeunes enfants.

- Bien que les facteurs soient utiles pour identifier les populations à risque, ils n'identifient pas nécessairement leurs relations de cause à effet. Les mécanismes ou les variables justifiant les relations entre les facteurs de risque et les problèmes varient selon le facteur et le problème. Par exemple, une fois qu'on tient compte du faible revenu et du dysfonctionnement familial, la famille monoparentale n'a pas d'effet indépendant dans la prédiction des problèmes. Par ailleurs, l'aide sociale a un effet significatif dans la prédiction du mauvais rendement scolaire chez les enfants vivant dans des logements non subventionnés et chez les filles. Le dysfonctionnement familial a un effet indépendant important dans la prédiction des troubles psychiatriques et le besoin d'aide professionnelle perçu mais ne joue pas un rôle significatif dans la prédiction du mauvais rendement scolaire.

Les analyses des risques attribuables et des degrés de prévention poussent les résultats plus loin :

- Dans le cas des troubles psychiatriques et des besoins d'aide professionnelle perçus, le dysfonctionnement familial présente un risque attribuable élevé. Dans le cas des mauvais résultats scolaires, toutefois, il ne présente presque pas de risques attribuables alors que le faible revenu constitue le risque attribuable le plus élevé.

- La capacité de bien s'entendre avec les autres a un degré de prévention élevé pour les trois problèmes; il faut faire attention à l'interprétation de ces résultats parce que la relation de cause à effet ne peut pas être déterminée à partir de ces données transversales.

Les résultats de l'ESEO ont des conséquences importantes pour les programmes et laissent entendre la nécessité :

- de concevoir des services de santé et des programmes sociaux et éducatifs pour reconnaître le chevauchement des problèmes à l'étude, en particulier les troubles psychiatriques et le mauvais rendement scolaire;

- d'étendre les programmes de garde de qualité en tant que mesure préventive contre le mauvais rendement scolaire et les troubles de comportement et émotifs, particulièrement pour les enfants pauvres que leurs parents travaillent ou non;

- d'établir et d'évaluer des programmes de supplément du revenu pour déterminer si en améliorant les finances des familles on aide les enfants à adapter leur comportement, leurs émotions et leurs attitudes sociales;

- d'élaborer des programmes pour améliorer la qualité de vie des enfants habitant des logements subventionnés (par exemple, des programmes de loisirs);
- de prévoir des services de garderie et des programmes pour les parents pour aider les parents seuls à s'occuper de leurs jeunes enfants;
- d'évaluer les conséquences des taux élevés de problèmes chez les adolescentes en parallèle avec les taux réduits de besoin d'aide professionnelle perçu;
- d'élaborer et d'évaluer des programmes encourageant à développer des relations sociales protectrices.

Orientations futures

Les données recueillies dans cette étude suggèrent de procéder à des recherches plus approfondies et d'établir des programmes. En approfondissant nos connaissances dans deux domaines, on pourrait élaborer des programmes de prévention plus efficaces.

Il est nécessaire d'obtenir plus d'information sur les causes de l'association d'un facteur de risque, comme l'aide sociale, avec les problèmes des enfants. Il est évident que les mécanismes associés à un facteur donné ne seront pas nécessairement les mêmes pour tous les problèmes, par exemple, les troubles psychiatriques et le mauvais rendement scolaire. Plus on connaîtra avec précision les facteurs de risque et leurs mécanismes de cause à effet face aux problèmes des enfants, plus on pourra intervenir de façon efficace. Les études à venir, comme l'étude de suivi de l'ESEO sont particulièrement importantes à cet égard parce qu'elles permettent d'identifier avec plus de précision les variables avant-coureurs d'un problème et susceptibles d'en être des facteurs de risque.

Il est aussi nécessaire de connaître la différence entre les troubles psychiatriques persistants et non persistants. Les programmes de prévention devraient se concentrer sur la prévention des troubles qui persistent plutôt que sur la prévention des problèmes temporaires. De la même façon, les traitements devraient viser les troubles persistants et graves chez les enfants. Encore une fois, les études longitudinales offrent le moyen idéal d'obtenir ce type de données et le suivi de 4 ans de l'ESEO devrait apporter un point de vue utile.

Il est essentiel de connaître les mécanismes causant les troubles et l'histoire naturelle des troubles pour élaborer et mettre en oeuvre des programmes de prévention primaire. Ces programmes devraient bien sûr être évalués de façon rigoureuse. Le but général doit être d'élaborer un certain nombre de programmes de prévention rationnels, efficaces et abordables qui amélioreraient la qualité de vie des groupes d'enfants à risque et de leur famille et augmenteraient leurs chances de survie.

Glossaire

Aide sociale

Définit une famille qui recevait un revenu de l'aide publique comme les prestations familiales ou d'autres programmes d'aide sociale en 1982.

Besoin d'aide professionnelle perçu

Définit un enfant de 6 à 11 ans dont les parents ou l'enseignant croient qu'il a eu des troubles émotifs ou des problèmes de comportement au cours des six derniers mois et dont les parents ou l'enseignant croient qu'il devrait recevoir de l'aide professionnelle. Dans le cas des enfants de 12 à 16 ans, le besoin a été établi par les parents ou les enfants eux-mêmes.

Bivariable

Méthode utilisée pour analyser la relation entre deux variables, par exemple, la force d'association entre l'aide sociale et le mauvais rendement scolaire.

Bonnes relations avec ses camarades

Définit si un enfant a d'étroites relations avec ses amis, à savoir au moins deux amis proches et a plus de deux rencontres par semaine. Les parents ont servi de sources pour les enfants âgés de 6 à 11 ans et les jeunes de 12 à 16 ans ont fait leur propre évaluation.

Chances relatives (C.R.)

Mesure de la force d'association entre deux variables dichotomiques. Par exemple, si la relation entre un facteur de risque et un problème se résume comme suit sur un tableau 2 x 2 :

		Problème	
		Présent	Absent
Facteur de risque	Présent	30	10
	Absent	40	60

les chances d'avoir le problème si le facteur est présent sont de 3:1, et les chances que le problème se présente si le facteur est absent sont de 4:6. Les chances relatives représentent le ratio de ces deux données, 3:1 sur 4:6, qui est résolu par la multiplication en croix, c'est-à-dire $(3 \times 6) - (1 \times 4)$ pour donner le résultat 18-4. Il s'agit de la probabilité d'avoir le problème si le facteur est présent comparativement à s'il est absent. On l'écrit habituellement avec un seul chiffre, c'est-à-dire, 18-4 ou une C.R. de 4,5.

Degré de prévention

La proportion maximum d'un problème qui serait prévenue si l'on est en présence d'un facteur de protection individuel.

Dichotomique

Se dit de variables qui sont notées de deux façons seulement, par exemple, présent ou absent.

Dysfonctionnement familial

Défini à partir d'une échelle de 12 points dérivés du dispositif d'évaluation des familles McMaster (FAD) qui évalue le fonctionnement des familles d'après six critères : la résolution de problèmes, les communications, les rôles, les réponses affectives, la participation affective et le contrôle du comportement. L'échelle divise l'échantillon en deux groupes à un point de démarcation dérivé à partir d'une étude préalable pour différencier au maximum des familles cliniques et des familles non cliniques.

Effet principal
Désigne une relation entre une variable et un problème dont la force ne varie pas de façon marquante en fonction des différents niveaux des autres variables.

Étiologique
Causal.

Facteur de protection
Variable qui permettrait de réduire la fréquence d'un problème. Une variable que l'on veut qualifier de facteur de protection doit précéder le problème. Voir également **S'entend bien avec les autres** et **Bonnes relations avec ses camarades.**

Facteur de risque
Variable que l'on croit être la cause du problème. Une variable que l'on veut qualifier de facteur de risque doit précéder le problème. Les facteurs permettent d'identifier les groupes d'enfants à risque. Voir **Famille monoparentale, Aide sociale et Logement subventionné.**

Faible poids à la naissance
Désigne un enfant qui pesait moins de 2 500 grammes à la naissance.

Faible revenu
Désigne une famille dont l'ensemble des revenus avant impôt en 1982 était de 10 000 $ ou moins.

Famille monoparentale
Désigne une famille avec un seul parent actuellement au foyer.

Hyperactivité
Voir **Trouble psychiatrique.**

Interaction
Différence dans les conséquences d'un facteur par rapport à un autre facteur. Par exemple, pour la régression logistique qui traitait des problèmes reliés au mauvais rendement scolaire (tableau 8, p. 32), l'interaction de l'aide sociale et du sexe était marquante statistiquement. Cela indique que l'association entre vivre dans une famille qui touche des prestations d'aide sociale et avoir de mauvais résultats à l'école est très différente pour les garçons et les filles. Dans ce cas particulier, les filles vivant dans des familles qui reçoivent de l'aide sociale sont beaucoup plus susceptibles d'avoir de mauvais résultats scolaires que les garçons (C.R. = 3,1 et 0,1 respectivement). Lorsque l'interaction est marquante et qu'elle apparaît ainsi dans le tableau, cela veut seulement dire que les deux valeurs sont très différentes statistiquement l'une de l'autre. Un astérisque indique laquelle des deux valeurs, s'il y a lieu, est différente de 1,0. Dans l'exemple mentionné, la C.R. de 3,1 est très différente de 1,0, mais 0,8 ne l'est pas.

Liste de vérification
Instrument de sondage contenant une liste de déclarations descriptives au sujet d'un enfant et demandant aux répondants de vérifier si chaque déclaration est "pas vraie" ou "jamais vraie", "parfois vraie" ou "relativement vraie", ou "souvent vraie" ou "très vraie".

Logement subventionné
Caractéristique d'une famille qui vit actuellement dans un logement subventionné par le gouvernement.

Marquant
Voir **Valeur p.**

Marquant statistiquement
Voir **Valeur p.**

Mauvais rendement scolaire
Caractéristique d'un enfant qui échoue à l'école ou a reçu des cours à plein temps ou des cours particuliers à un certain moment durant ses études.

Poids à la naissance
Voir **Faible poids à la naissance**

Prévention primaire
Réduction de l'incidence des nouveaux cas de troubles, de dysfonctionnement ou d'incapacité par des activités conçues pour renforcer la capacité individuelle à faire face à un environnement stressant.

Régression logistique
Instrument statistique permettant d'évaluer la force d'association entre une série de variables libres et un problème dichotomique. Par exemple, au tableau 6, les trois facteurs (aide sociale, logements subventionnés et familles monoparentales) ainsi que le faible revenu et le dysfonctionnement familial sont utilisés comme variables libres. Le problème abordé est celui des troubles psychiatriques. Les chances relatives de chacun reflètent leur force d'association avec le problème en présence des autres variables.

Résidence en communauté urbaine/communauté rurale
Les communautés urbaines sont celles dont la population est de 25 000 habitants ou plus, y compris les régions métropolitaines de recensement de 1981 de plus de 100 000 habitants et les agglomérations de recensement de plus de 25 000 habitants. Les communautés rurales comprennent les petites régions urbaines de moins de 25 000 habitants et les régions non urbaines comme les petites villes, les villages et les communautés agricoles ainsi que les régions rurales situées en bordure des régions métropolitaines et des agglomérations de recensement et dont la densité de population est inférieure à 400 personnes par kilomètre carré.

Revenu
Voir **Faible revenu.**

Risque attribuable
La proportion maximum d'un problème attribuable à un facteur de risque individuel.

S'entend bien avec les autres
Définit si au cours des six derniers mois un enfant a été classé comme s'entendant bien ou très bien avec ses camarades, ses professeurs *et* les autres membres de sa famille. Les parents ont fait l'évaluation des enfants âgés de 6 à 11 ans et les jeunes de 12 à 16 ans ont fait leur propre évaluation.

Somatisation
Voir **Trouble psychiatrique.**

Test chi²2 (X^2)
Méthode pour déterminer si deux séries ou plus de proportions ou de fréquences sont très différentes d'une distribution théorique.

Trouble du comportement
Voir **Trouble psychiatrique.**

Trouble émotif
Voir **Trouble psychiatrique.**

Trouble psychiatrique

Caractéristique d'un enfant qui semble présenter au moins un des problèmes psychiatriques suivants : trouble du comportement, hyperactivité, trouble émotif (ou névrose) ou somatisation. Pour les jeunes de 12 à 16 ans, le diagnostic est fondé sur les renseignements donnés par les parents et les jeunes eux-mêmes. Pour les enfants de 6 à 11 ans, les informations ont été recueillies auprès des parents et des enseignants. Il est possible d'obtenir un diagnostic positif pour chaque groupe d'âges si le résultat obtenu d'une de ces sources ou des deux est supérieur au seuil établi. Pour qu'un enfant ne soit pas considéré comme ayant des troubles, il doit avoir un résultat inférieur aux deux seuils. Les seuils pour les troubles dans les données des listes de vérification ont été choisis pour qu'ils reflètent une meilleure concordance entre ces données et les diagnostics des psychiatres des enfants. En posant leurs diagnostics, ces psychiatres ont été appelés à utiliser une définition des troubles qui met en relief l'incapacité de fonctionner de l'enfant ou les problèmes pour l'enfant, la famille ou la collectivité.

Aux fins des analyses comprises dans la présente brochure, on a utilisé une définition plus stricte des troubles émotifs que dans l'*Étude sur la santé des enfants de l'Ontario : Résumé des premiers résultats*. Les seuils des listes de vérification sur les troubles émotifs ont été augmentés et, avec l'âge restreint de 6 à 16 ans, ont permis de déterminer que 15 % des enfants avaient des troubles psychiatriques. On a procédé ainsi pour avoir une estimation plus précise de la force de relation entre les troubles psychiatriques et les autres variables. Cependant, 15 % *n'est pas* le vrai taux de prévalence de troubles psychiatriques. L'évaluation la plus précise du taux de prévalence de troubles psychiatriques, définie dans l'étude de l'ESEO basée sur l'opinion clinique, pour les enfants âgés de 4 à 16 ans, est de 18,1 %, soit le taux rapporté dans la première brochure et les autres publications.

Les critères DSM-III ont aidé à choisir les critères figurant dans la liste de vérification utilisée pour mesurer les troubles psychiatriques individuels. Pour les troubles du comportement, les données sociales ont été éliminées des critères DSM-III; pour l'hyperactivité, les critères DSM-III sont restés les mêmes; pour les troubles émotifs, on a éliminé divers critères DSM-III pour la dépression, l'anxiété et les troubles de compulsion et d'obsession; pour la somatisation, le principal critère DSM-III des symptômes somatiques sans cause organique a été divisé en deux - des symptômes répétés de détresse et la perception de soi-même comme étant malade. Pour tous les diagnostics, la durée des critères présents a été remplacée par leurs fréquences au cours des six derniers mois, soit la période pour déterminer la présence de trouble.

Hyperactivité

Caractéristique d'un enfant dont le comportement remplit les critères suivants :

caractères distraits, impulsifs et agités.

Somatisation

Caractéristique d'un enfant dont le comportement remplit les deux critères suivants :

perception de lui-même comme étant malade
symptômes répétés de détresse, comme la constipation, les maux de tête, la nausée, les éruptions et les vomissements sans cause physique évidente.

Trouble du comportement

Caractéristique d'un enfant dont le comportement remplit au moins un des critères suivants :

la persistance de la violence physique envers les personnes ou la propriété
la violation grave des normes sociales qui peut être exprimée par des comportements comme l'école buissonnière, le vol, les fugues et la désobéissance à l'école.

Trouble émotif ou névrose

Caractéristique d'un enfant dont le comportement correspond à au moins une des catégories de troubles suivants :

trouble d'anxiété
trouble affectif
comportement compulsif et obsessif

Valeur p

La valeur p suivie du symbole < (plus petit que) et d'une notation décimale (par exemple, 0,05 ou 0,01) constitue la probabilité que le problème observé se produira par chance. Dans la plupart des ouvrages biomédicaux et épidémiologiques, un résultat ayant une probabilité de moins de 5 % ($p < 0,05$) ou de 1 % ($p < 0,01$) est considéré suffisamment improbable de s'être produit par hasard pour justifier la désignation **marquant statistiquement.**

Variable de contrôle

Dans la présente brochure, elle renvoie à un autre facteur de risque possible, notamment, le faible revenu ou le dysfonctionnement familial qui peut avoir une relation étroite avec le problème.

Annexe 1

Liste des publications ayant servi à l'étude sur la santé des enfants de l'Ontario

1986

Boyle, M.H. et Offord, D.R., Smoking, Drinking and Use of Drugs Among Adolescents in Ontario: Prevalence, Patterns of Use and Sociodemographic Correlates, *Canadian Medical Association Journal;* 1986; N° 135; pp. 1113-1121.

Cadman D., Boyle, M.H., Offord, D.R., Szatmari, P., Rae-Grant, N., Crawford, J. et Byles, J.; Chronic Illnesses, Functional Conditions and Limitations in Ontario Children: Findings of the Ontario Child Health Study; *Canadian Medical Association Journal;* 1986; N° 135, pp. 761-767.

Étude sur la santé des enfants de l'Ontario: Résumé des premiers résultats; ministère des Services sociaux et communautaires; imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 1986.

Offord, D.R., Alder, R.J. et Boyle, M.H.; Prevalence and Socio-demographic Correlates of Conduct Disorder; *American Journal of Social Psychiatry;* 1986; Vol VI; pp. 272-278.

Offord, D.R. et Boyle, M.H.; Problems in Setting up and Executing Large-Scale Epidemiological Studies; *Psychiatric Developments;* 1986; N° 4; pp.257-272.

1987

Boyle, M.H., Offord, D.R., Hofmann, H.F., Catlin, G.P., Byles, J.A., Cadman, D.T., Crawford, J.W., Links, P.S. et Rae-Grant, N.I.; Ontario Child Health Study: I. Methodology; *Archives of General Psychiatry;* 1987; N° 44; 826-831.

Cadman, D., Boyle, M.H., Szatmari, P. et Offord, D.R.; Chronic Illness, Disability, and Mental and Social Well-Being: Findings of the Ontario Child Health Study; *Pediatrics;* 1987; N° 79; pp. 805-813.

Offord, D.R., Boyle, M.H. et Jones, B.R.; Psychiatric Disorder and Poor School Performance Among Welfare Children in Ontario; *Canadian Journal of Psychiatry;* 1987; N° 32; pp. 518-525.

Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P., Rae-Grant, N.I., Links, P.S., Cadman, D.T., Byles, J.A., Crawford, J.W., Munroe Blum, H., Byrne, C., Thomas, H. and Woodward, C.A.; Ontario Child Health Study: II. Six-Month Prevalence of Disorder and Rates of Service Utilization; *Archives of General Psychiatry;* 1987; N° 44; pp. 832-836.

1988

Boyle, M.H. et Offord, D.R.; Prevalence of childhood disorder, perceived need for help, family dysfunction and resource allocation for child welfare and children's mental health services in Ontario; *Canadian Journal Behavioral Science;* 1988; N° 20(4); pp. 374-388.

Byles, J.A., Byrne, C., Boyle, M.H. et Offord, D.R.; The General Fuctioning Scale of the Family Assessment Device: Reliability and Validity; *Family Process;* 1988; N° 27; pp. 97-104.

Cadman, D. T., Boyle, M.H. et Offord, D.R.; OCHS: Social Adjustment and Mental Health of Siblings of Children with Chronic Health Problems; Pediatrics; 1988; N° 9; pp. 117-121.

Joffe, R.T., Offord, D.R. et Boyle, M.H.; Ontario Child Health Study: Suicidal Behavior in Youth Aged 12-16 years; *American Journal of Psychiatry;* 1988; N° 145(11); pp. 1420-1423.

Munroe Blum, H., Boyle, M.H. et Offord, D.R.; Single Parent Families - Child Psychiatric Disorder and School Performance; *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry;* 1988; N° 27(2); pp. 214-219.

Offord, D.R. et Boyle, M.H.; The Epidemiology of Antisocial Behavior in Early Adolescents, Aged 12 to 14; In : *Early Adolescent Transitions*; M.D. Levine et E.R. McAnarney (éd.); Heath, Lexington (Mass.); 1988; pp. 245-259.

Woodward, C.A., Boyle, M.H., Offord, D.R. et Cadman, D.T., Links, P.A., Munroe Blum, H., Byrne, C. et Thomas, H.; Ontario Child Health Study: Patterns of Ambulatory Medical Care Utilization and Their Correlates; *Pediatrics;* 1988; N° 82(3); pp. 425-434.

1989

Links, P.S., Boyle, M.H. et Offord, D.R.; The Prevalence of Emotional Disorder in Children; *The Journal of Nervous and Mental Disease;* 1989; N° 177; pp. 85-91.

Rae-Grant, N.I., Thomas, B.H., Offord, D.R. et Boyle, M.H.; Risk, Protective Factors and the Prevalence of Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents; *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry;* 1989; N° 28(2); pp. 262-268.

Szatmari, P., Offord, D.R. et Boyle, M.H.; Correlates, Associated Impairments and Patterns of Service Utilization of Children with Attention Deficit Disorder: Findings of the Ontario Child Health Study; *Journal of Child Psychology and Psychiatry;* 1989; N° 30; pp. 205-218.

Szatmari, P., Offord, D.R. et Boyle, M.H.; Ontario Child Health Study: Prevalence of Attention Deficit Disorders with Hyper-activity; *Journal of Child Psychology and Psychiatry;* 1989; N° 30; pp. 219-230.

Sous presse

Fleming, J.E., Offord, D.R. et Boyle, M.H.; Ontario Child Health Study: Prevalence of Childhood and Adolescent Depression in the Community; *British Journal of Psychiatry.*

Munroe Blum, H., Boyle, M.H., Offord, D.R. et Kates, N.; Immigrant Children-Psychiatric Disorder, School Performance and Service Utilization; *American Journal of Orthopsychiatry.*

Offord, D.R. et Boyle, M.H.; Ontario Child Health Study: Correlates of Disorder; *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.*

Offord, D.R., Boyle, M.H., Fleming, J.E., Munroe Blum, H. et Rae-Grant, N.I.; Ontario Child Health Study: Summary of Selected Results; *Canadian Journal of Psychiatry.*

Offord, D.R., Boyle, M.H. et Racine, Y.A.; *Les enfants à risque, ministère des Services sociaux et communautaires;* Toronto (Ontario).

Offord, D.R., Boyle, M.H. et Racine, Y.A.; The Epidemiology of Antisocial Behavior in Childhood and Adolescence: Findings from the Ontario Child Health Study; In : *The Development and Treatment of Childhood Aggression;* Pepler, D. and Rubin, K.H. (ed.); Lawrence Erlbaum; New York.

Rae-Grant, N.I. Offord, D.R. et Munroe Blum H.; Ontario Child Health Study: Implications for Clinical Services, Research and Training; *Canadian Journal of Psychiatry*.

Woodward, C.A., Thomas, B.H., Boyle, M.H., et Offord, D.R.; Methodologic Note for Child Epidemiological Surveys: The Effects of Instructions on Estimates of Behavior Prevalence; *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.

Documents soumis à des revues recommandées

Boyle, M.H., Offord, D.R. et Skinner, H.; *Validating Measures of Psychiatric Disorder: Problems and Prospects.*

Boyle, M.H. et Offord, D.R.; *Psychiatric Disorder and Substance Use in Adolescence.*

Cadman, D., Boyle, M.H. et Offord, D.R.; *Children with Chronic Illness: Family Characteristics and Correlates of Psychiatric Disorder.*

Thèses

Alder, R.; A Study of the Etiology of Conduct Disorder in Ontario Children; thèse de maîtrise en sciences médicales, Université McMaster, 1984.

Boyle, M.H.; *Validation of Survey Instruments Used in the Ontario Child Health Study (OCHS) to Measure Psychiatric Disorder Among Children aged 4-16;* thèse de doctorat; Graduate Department of Community Health; Université de Toronto; 1988.

Freeburn, Erin C.; *A Multitrait-Multimethod Analyses of Three Scales of the Achenbach Child Behavior Checklist;* thèse de maîtrise; Department of Psychology; Faculty of Graduate Studies; Université de Guelph; 1985.

Hobbs, Charlotte.; *A comparison of the Prevalence and Course of Emotional and Behavioural Problems in Children with Speech Problems Compared to Children with other Chronic Illnesses*; thèse de doctorat; Department of Epidemiology; Université McGill; en préparation; 1987.

Szatmari, P.; *Issues in Assessing the Taxonomic Validity of Child Psychiatric Diagnosis: Findings of the Ontario Child Health Study;* thèse de maîtrise; Design Measurement and Evaluation Program; Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics; Université McMaster; 1986.

Thomas, Helen.; *The Influence of Protective Factors on the Presence of Conduct Disorder in a High Risk Group of 12 to 16 Year Old Boys;* thèse de maîtrise; Department of Health Studies; Université de Waterloo; 1986.

Soumis au ministère des Services sociaux et communautaires

Boyle, M.H.; *Choosing Instruments to Assess Emotional and Behavioural Disorders of Childhood for Use in Primary Prevention Studies;* 1989.

Byles, J.A., Byrne, C., Offord, D.R. et Boyle, M.H.; *Ontario Child Health Study: Family Functioning and Emotionnal/Behavioral Disorders in Children;* 1986.

Links, P.S., Boyle, M.H., Munroe Blum, H. et Offord, D.R.; *The Social Support of Children in the Community: Part 1;* 1986.

Links, P.S., Boyle, M.H. et Offord, D.R.; *The Prevalence of Neurotic Disorders in Children;* 1986.

Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P., Rae-Grant, N.I., Links, P.S., Cadman, D.T., Byles, J.A., Crawford, J.W., Munroe Blum, H., Byrne, C., Thomas, H. et Woodward, C.A.; *Ontario Child Health Study: Correlates of Disorder;* 1985.

Woodward, C.A., Boyle, M.H., Offord, D.R., Links, P.A., Cadman, D.T., Byles, J.A., Rae-Grant, N.I., Szatmari, P., Crawford, J.W., Munroe Blum, H., Byrne, C. et Thomas, H.; *Ontario Child Health Study: Correlates of Utilization;* 1985.

Autres documents soumis au ministère des Services sociaux et communautaires

Byles, J.A., Boyle, M.H., Offord, D.R. et Links, P.S.; *Maternity Homes Post-Natal Support Program: Report on community Programs for Young Mothers;* 1985.

Hagens, S., Thomas, H. et Byles, J.A.; *A Review and Assessment of Protocols for Interagency Collaboration in Reporting, Investigating and Managing Child Abuse in Ontario;* 1986.

McNamee, J.E. et Offord, D.R.; *The Effects of Diet on Children's Mood and Behaviour: A Critical Review of the Literature;* 1986.